



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Maria Manuela Pereira Machado

Adesão ao Regime Terapêutico

Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros

Tese de Mestrado em Educação na
Especialidade de Educação para a Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Fernandes

Março de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Maria Manuela Pereira Machado

A adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção dos enfermeiros e uma necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas. O aumento do número de pessoas com IRC secundária a outras doenças como a diabetes e a hipertensão arterial, o carácter definitivo da doença, o desenvolvimento crescente das técnicas de substituição renal e o número insuficiente de transplantes renais contribuem para o aumento desta população. A não adesão representa um enorme peso nos gastos com a saúde e tem um grande impacto na qualidade de vida das pessoas e na economia mundial.

A sua proximidade com as pessoas /doentes, a natureza da relação de cuidados, bem como a regularidade e a duração dos tratamentos de substituição renal, proporcionam aos enfermeiros uma excelente oportunidade de monitorizar a adesão, diagnosticar a não adesão, planear e implementar intervenções que efectivamente ajudem as pessoas a integrar o regime terapêutico nos seus hábitos diários, dotando-as de conhecimentos e capacidades que lhes permitam realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde.

As variáveis envolvidas, no fenómeno da adesão são muitas e difíceis de mensurar, sendo a ausência de um método válido de medida da adesão a maior dificuldade da investigação nesta área.

Na nossa pesquisa procuramos, através de uma abordagem quantitativa e com base em dados bioquímicos, caracterizar o comportamento de adesão das pessoas com IRC em programa regular de hemodiálise, ao longo de onze meses. Depois de conhecermos a extensão do problema procuramos com uma abordagem de natureza qualitativa, compreender os factores envolvidos na adopção de comportamentos de adesão /não – adesão para esta população e perceber com base nas representações das pessoas /doentes, como podem os enfermeiros contribuir para melhorar o seu comportamento de adesão.

De acordo com os resultados do estudo quantitativo, apenas 6,7% dos participantes aderem ao regime terapêutico. Este resultado aliado aos do estudo qualitativo, em que de acordo com a percepção dos participantes, a intervenção dos enfermeiros relativamente à adesão consiste no esclarecimento de dúvidas e a educação, nomeadamente a educação para a saúde, se revela como um recurso fundamental na intervenção terapêutica dos enfermeiros promotora de uma melhor adesão, indicam que as terapêuticas de enfermagem, tendo por foco a promoção de comportamentos de adesão, como processo intencional da acção profissional dos enfermeiros do contexto onde se realizou o estudo, constituem uma necessidade e uma excelente oportunidade de desenvolvimento das suas práticas.

Adherence to treatment is a focus of attention and a need for nurses in nursing care, with particular relevance in the management of chronic diseases. The increasing number of people with renal disease considered secondary to another diseases such as diabetes and hypertension, has a definitive condition, the increasing development of techniques of renal replacement and insufficient number of kidney transplants contribute to the increase of this population.

The none adherence to long term therapies has a huge weight on health expense and a great impact on the patients quality of life and the world economy.

The proximity to the patients, the nature of the care relationship, as well as the regularity and duration of treatment for renal replacement, provides the nurses an excellent opportunity to monitor adherence, to diagnose none adherence, to plan and implement interventions that effectively help people to integrate the therapeutic regimen in their daily habits, providing them with knowledge and skills to enable them to achieve and maintain the necessary changes, adapting to there new condition of health.

The variables involved in the phenomenon of adherence are many and difficult to measure, and the absence of a valid method for measuring it is the major difficulty in this area of research. In our research we used a quantitative approach, based on biochemical data, to characterize the adherence behavior of people with chronic renal disease on regular hemodialysis program, throughout eleven months.

Once we knew the extension of the problem we tried using a qualitative approach, to understand the factors involved in the implementation of adherence / none adherence behaviors for this population and understand based on the representations of patients, how can nurses help them to improve their adherence behavior.

According to the results of the quantitative study, only 6.7% of the participants adhere to the treatment regimen. This result joined to the qualitative study, where according to the perception of participants, the intervention of the nurses related to adherence consists on the clarification of doubts and education, including health education, reveals as a fundamental resource in the therapeutic intervention of nurses to promote better adherence, suggests that the nursing therapeutic having has focus improving adherence, as an intentional process of the action of professional nurses, in the context where the study was carried out, are a necessity and an opportunity for the development of their practices.

Índice

Introdução.....	1
Parte I – Enquadramento teórico	7
Capítulo I - A Pessoa com Insuficiência Renal Crónica.....	9
1.1. A Insuficiência Renal Crónica	12
1.2. A Hemodiálise.....	16
1.3. O Regime Terapêutico: implicações nos hábitos de vida	20
Capítulo II - Adesão ao regime terapêutico.....	23
1.1. O Conceito de Adesão.....	25
1.2. Determinantes da Adesão	28
1.3. Modelos de Mudança Comportamental explicativos da Adesão	31
1.3.1. Modelo de crenças de saúde	34
1.3.2. Teoria da Aprendizagem Social.....	35
1.3.3. Teoria do <i>locus</i> de controlo para a saúde	36
1.3.4. Teoria da acção racional de Fishbein	37
1.3.5 – Teoria da acção social	38
1.3.6. Modelo transteórico de mudança de comportamento	39
1.3.7. Modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal	40
1.3.8. Modelo desenvolvimental	41
1.3.9 – Modelo IMB (Informação – Motivação – Comportamento).....	42
1.4. A Adesão ao Regime Terapêutico e a Insuficiência Renal Crónica	43

Capítulo III - A Educação como Intervenção Terapêutica dos Enfermeiros	47
1.1. A Evolução dos conceitos de Educação e Saúde	49
1.2. A Educação Para a Saúde	53
1.3. A Intervenção Terapêutica dos Enfermeiros	56
1.3.2. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	63
Parte II - Estudo Empírico.....	73
Capítulo IV – Estudo Empírico.....	75
1. Estudo de Natureza Quantitativa	78
1.1. Participantes.....	79
1.2. Instrumentos e Medidas.....	83
1.3. Procedimento de recolha e análise dos dados quantitativos	85
1.4. Apresentação e discussão dos resultados do estudo quantitativo.....	86
1.5. Análises descritivas das variáveis em estudo	93
1.6. Comportamentos de adesão.....	96
2. Estudo de Natureza Qualitativa	98
2.1. Participantes.....	99
2.2. Aderentes	101
2.3. Parcialmente aderentes	101
2.4. Não aderentes	102
3. Instrumentos	103
3.1. Entrevista	103
3.2. Diário de alimentos e medicamentos	103
4. Procedimento	104
5. Análise qualitativa dos dados e apresentação de resultados.....	105
5.1. Domínio: Percepção pessoal de adesão	107
5.2. Domínio: Comportamentos adoptados	113

5.3. Domínio: Informação	128
5.4. Domínio: Contributo dos enfermeiros para a adesão	134
5.5. Domínio: Papel dos enfermeiros no tratamento.....	139
6. Diário de Alimentos e Medicamentos	143
7. Síntese dos resultados do estudo qualitativo	147
8. Discussão dos resultados do estudo qualitativo.....	150
 Capítulo V - Síntese final dos resultados dos dois estudos	 155
 Conclusões	 161
Bibliografia	167
 Anexos	 175
Anexo I – Consentimento Informado dos Participantes.....	177
Anexo II – Guião de Entrevista.....	181
Anexo III – Valores analíticos referentes ao 1º Trimestre de 2008	185
Anexo IV – Medicação prescrita	191
Anexo V – Análise das entrevistas	197
Anexo VI – Medicação referida nos diários	231
Anexo VII – Diários alimentares	237

Lista de Siglas

DPOC -	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ICN -	International Council of Nurses
IRC -	Insuficiência Renal Crónica
NANDA -	North American Nursing Diagnosis Association
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
UNESCO -	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
WHO -	World Health Organization

Índice de Figuras

Figura 1 -	Thompson J.M., & et al. (1989). Componentes do Nefrónio, Mosby's manual of clinical nursing, (2ª ed.). St louis: The CV Mosby.	13
Figura 2 -	helan, L. A., Davie, J. K., & Urdan, L. D. (1993). Componentes do sistema de hemodiálise, Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção. Loures: Lusodidacta	18
Figura 3 -	De Pender, N. J. (1996). Modelo de Promoção de Saúde Revisto, Health promotion in nursing practice (3 ed.). Stamford: Pearson Education	65

Lista de Quadros

Quadro 1 -	Média de idades dos participantes	79
Quadro 2 -	Distribuição dos participantes por estado civil	80
Quadro 3 -	Distribuição dos participantes quanto à escolaridade	80
Quadro 4 -	Situação profissional dos participantes	81
Quadro 5 -	Profissão dos participantes	81
Quadro 6 -	Causa da Insuficiência Renal	82
Quadro 7 -	Tipo de Acesso vascular	82
Quadro 8 -	Diurese residual	83
Quadro 9 -	Valor analítico mensal de potássio	87
Quadro 10 -	Valor analítico mensal de fósforo	89
Quadro 11 -	Valor analítico mensal de Kt/v	90
Quadro 12 -	Valor médio mensal de ganho de peso interdialítico	91
Quadro 13 -	Correlação entre o Potássio e o Ganho de Peso interdialítico e o Potássio e o Fósforo	93
Quadro 14 -	Correlação entre o Ganho de Peso interdialítico e o Fósforo	94
Quadro 15 -	Relação entre o Ganho de peso interdialítico, o Kt/v e o sexo	94
Quadro 16 -	Relação entre o potássio e a idade e entre o ganho de peso interdialítico e a idade	95
Quadro 17 -	Valores médios dos 11 meses em estudo	96
Quadro 18 -	Comportamento de adesão dos participantes	97
Quadro 19 -	Comportamento de adesão dos participantes	100
Quadro 20 -	Exemplo de categorias descritivas emergentes de uma unidade de análise	106

Quadro 21 -	Exemplo de categorias conceptuais, emergentes da entrevista E3	106
Quadro 22 -	Relação hierárquica entre as categorias conceptuais no domínio da percepção pessoal de adesão	107
Quadro 23 -	Categorias emergentes por grupo de participantes, no domínio da percepção pessoal de adesão	111
Quadro 24 -	Relação hierárquica entre as categorias conceptuais no domínio dos comportamentos adoptados	113
Quadro 25 -	Categorias emergentes para os participantes aderentes, no domínio dos comportamentos adoptados	124
Quadro 26 -	Categorias emergentes para os participantes parcialmente aderentes, no domínio dos comportamentos adoptados	125
Quadro 27 -	Categorias emergentes para os participantes não aderentes, no domínio dos comportamentos adoptados	126
Quadro 28 -	Relação hierárquica entre as categorias conceptuais, no domínio da informação	128
Quadro 39 -	Categorias emergentes por grupo de participantes, no domínio da informação	133
Quadro 30 -	Relação hierárquica entre as categorias conceptuais no domínio do contributo dos enfermeiros para a adesão	134
Quadro 31 -	Categorias emergentes por grupo de participantes, no domínio do contributo dos enfermeiros para a adesão	138
Quadro 32 -	Relação hierárquica entre as categorias conceptuais no domínio do papel dos enfermeiros no tratamento	139
Quadro 33 -	Categorias emergentes por grupos de participantes, no domínio do papel dos enfermeiros no tratamento	142
Quadro 34 -	Diários de alimentos e medicamentos	144

Índice de Gráficos

Gráfico 1 -	Distribuição dos participantes por sexo e grupo etário	80
Gráfico 2 -	Valor analítico mensal de potássio	88
Gráfico 3 -	Valor analítico mensal de Fósforo	89
Gráfico 4 -	Valor analítico mensal de Kt/v	91
Gráfico 5 -	Valor médio mensal de ganho de peso interdialítico	92
Gráfico 6 -	Comportamento de adesão	100

Introdução

O aumento das doenças crónicas, associado à diminuição da taxa de mortalidade e ao progressivo envelhecimento da população, implica novas necessidades e impõe novos desafios no que se refere à procura de cuidados de saúde. Prevê-se que o grande impacto económico das doenças crónicas, a nível mundial continue a crescer até 2020, altura em que representará cerca de 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo (Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003). Também em Portugal o seu impacto económico é muito significativo e com tendência a crescer. Dados da Direcção Geral da Saúde referentes ao ano de 2003, mostram que o consumo de cuidados de saúde em pessoas com 65 anos ou mais é 3,2 vezes superior ao da restante população e que cerca de 25% das pessoas que no mesmo ano estiveram internadas, eram portadoras de doenças crónicas (Direcção-Geral da Saúde, 2005).

O fenómeno da adesão ao regime terapêutico, definida como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, no que se refere à toma de medicação, ao seguimento de uma dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, entre outros, corresponde ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde, tem sido amplamente estudado nos últimos anos e foi tema de um encontro da Organização Mundial de Saúde em 2001, tal é a magnitude do problema da não adesão e a sua importância nos cuidados de saúde.

A análise de quatro décadas de pesquisa sobre a adesão, os seus determinantes e intervenções bem como, o conhecimento acumulado ao longo dos anos, sobre a prevalência da não adesão, levou o *adherence project* da OMS (2003) a emitir um conjunto mensagens ou recomendações com relevância para a prática dos cuidados de saúde no âmbito das doenças crónicas e que traduzem o “estado da arte”, no que se refere ao conhecimento e intervenção relativos à adesão ao regime terapêutico:

- A não adesão ao regime terapêutico, no âmbito das doenças crónicas é um problema mundial de grande magnitude. A mortalidade e morbilidade que lhe estão associadas, atingem valores desproporcionalmente elevados, com graves repercussões na saúde das pessoas e elevados custos económicos;
- O impacto da não adesão aumenta proporcionalmente ao peso das doenças crónicas na economia global;
- As consequências da não adesão incluem, além do aumento das despesas, resultados negativos nos indicadores de saúde;

- Melhorar a adesão, significa também, aumentar a segurança do doente, uma vez que não aderindo, o risco de morte e de agravamento do seu estado de saúde, como o aumento da dependência, o aumento do número de recaídas e da gravidade das mesmas e o aparecimento de resistências aos fármacos, estão aumentados;
- A adesão ao regime terapêutico é um importante agente modificador da efectividade dos sistemas de saúde. Os custos directos atribuídos ao mau controlo de qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos custos de um controlo adequado e eficaz. Os custos indirectos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e a morte prematura, têm a mesma magnitude, o que significa que controlar e melhorar a adesão é positivo e desejável para os sistemas de saúde;
- Medidas efectivas de melhoria da adesão podem ter maior impacto na saúde das populações do que as potenciais melhorias resultantes de novos tratamentos e desenvolvimentos tecnológicos específicos;
- Os sistemas de saúde devem evoluir, ao encontro dos novos desafios, melhorando os sistemas de informação e comunicação, melhorando as suas capacidades organizativas, promovendo uma distribuição mais racional dos recursos, horários mais convenientes e continuidade dos cuidados, entre outros;
- As pessoas com doença crónica devem ser compreendidas e apoiadas, não repreendidas. O que significa que não se deve colocar o foco na pessoa/ doente, esquecendo os profissionais e os sistemas de saúde;
- A adesão é influenciada simultaneamente por cinco grupos de factores: factores relacionados com a doença, com a pessoa/doente, com o tratamento, com os profissionais e serviços de saúde e com factores sociais, económicos e culturais;
- As intervenções para melhorar a adesão devem ser individualizadas, não existe uma única estratégia que seja eficaz com todas as pessoas;
- A adesão ao regime terapêutico é um processo dinâmico que deve ser cuidadosamente acompanhado, avaliando a motivação da pessoa e o aparecimento de factores que a possam influenciar negativamente;
- Os profissionais de saúde necessitam de treino específico que lhes permita melhorar a intervenção ao nível da adesão;

- A família, as organizações de doentes e a comunidade em geral, são fundamentais e devem ser envolvidas na melhoria da adesão;
- Só uma abordagem multidisciplinar permite melhorar a adesão ao regime terapêutico (Bugalho & Carneiro, 2004; WHO, 2003).

A insuficiência renal crónica – entidade responsável pela condição de saúde das pessoas que nos propusemos estudar, refere-se à perda progressiva da função renal, culminando na necessidade de realizar terapias de substituição renal, para toda a vida ou até a realização de transplante renal, se este for possível. De acordo com os últimos dados disponíveis, em 2006 realizaram-se em Portugal 445 transplantes renais (Direcção-Geral da Saúde, 2008), o que representa um pequeno número de pessoas com insuficiência renal crónica a realizar terapias de substituição renal. Por outro lado, o aumento da esperança de vida e das doenças crónicas que têm como complicação a longo prazo a insuficiência renal, como é o caso da diabetes e da hipertensão, bem como os avanços tecnológicos e a crescente qualidade das terapias de substituição renal permitem-nos prever que esta população irá aumentar nos próximos anos.

Percebendo a importância da adesão e principalmente, a importância que assume o problema da não adesão, não só a nível económico e social, mas também ao nível da qualidade de vida das pessoas com doença crónica, nomeadamente das pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise, com as quais temos trabalhado nos últimos anos, surgiu o nosso interesse pela temática da adesão ao regime terapêutico. A opção pelo presente estudo e o nosso olhar sobre o fenómeno da adesão resultam da nossa experiência profissional e de inquietações que foram surgindo ao longo da mesma. Fomos verificando e sentindo nós próprios, como elementos da equipa multidisciplinar que integram um centro ou clínica de diálise e mais concretamente como elementos da equipa de enfermagem, alguma dificuldade em monitorizar de forma sistemática a adesão ao regime terapêutico e de prescrever, implementar e avaliar de forma profissionalizada, intervenções com efeito positivo na mesma, adequadas às necessidades individuais. Apesar da nossa percepção, de que uma grande percentagem das pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise, não adere ao regime terapêutico, principalmente no que se refere ao regime alimentar, regime medicamentoso e controlo da quantidade de líquidos ingeridos, não conhecíamos a verdadeira extensão do problema, nem quais os factores com influencia positiva ou negativa na adesão, para esta

população. Além dos factores individuais, há factores relacionados com o contexto em que se desenvolve a relação de cuidados e com os profissionais de saúde que, de acordo com a pesquisa bibliográfica que realizamos, têm impacto na adesão. O presente estudo procura mostrar a extensão da adesão / não adesão, tomando como medida de adesão os resultados bioquímicos desejáveis para esta população e perceber quais os factores com impacto positivo e negativo na adesão, bem como os factores relacionados com os enfermeiros, que influenciam o comportamento de adesão desta população.

Este relatório de pesquisa encontra-se dividido em duas partes: o enquadramento teórico no qual apresenta a revisão da literatura realizada acerca do tema e o estudo empírico que descreve a investigação realizada, nomeadamente a metodologia utilizada e os resultados obtidos. Aponta as limitações encontradas, as implicações para a prática dos cuidados de enfermagem e propõe sugestões para estudos posteriores.

Esperamos que este estudo contribua para o desenvolvimento de linhas orientadoras da intervenção dos enfermeiros junto das pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise, que promovam a adopção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico.

Parte I – Enquadramento teórico

Capítulo I - A Pessoa com Insuficiência Renal Crônica

As doenças crónicas, segundo a Organização Mundial de Saúde, são “Diseases which have one or more of the following characteristics: they are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation or care” (WHO, 2003, p. 4). Assim a Insuficiência Renal Crónica, tal como a designação indica e de acordo com a definição apresentada, é uma doença crónica: é permanente, a destruição do parênquima renal é irreversível e a pessoa dependerá de terapias ou técnicas de substituição renal, tal como a hemodiálise ou a diálise peritoneal, durante toda a vida ou até que seja possível a realização de um transplante renal, para sobreviver.

Esta doença, que pode ser definida como “*um síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal*” (Ramos, 1997, p. 27), afecta pessoas de todas as idades, sexo, etnia e grupos socioeconómicos.

A pessoa além de ser agente intencional de comportamentos é também centro de processos não intencionais, as funções fisiológicas, que podem sofrer alterações resultantes de processos de doença, como acontece na insuficiência renal crónica. Os processos não intencionais, fisiológicos ou fisiopatológicos, influenciam e são simultaneamente influenciadas pela condição psicológica da pessoa, pelo seu bem-estar físico e pelos comportamentos intencionais (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Em Portugal, segundo a sociedade portuguesa de nefrologia, estima-se que cerca de 800000 pessoas, o que corresponde a um em cada dez adultos, possam sofrer de doença renal crónica e que anualmente, cerca de 2000 pessoas iniciam técnicas de substituição renal. Estas técnicas tornam-se indispensáveis na fase terminal da doença em que a taxa de funcionamento renal é inferior a 15% da sua capacidade.

Iniciar uma técnica de substituição renal constitui um acontecimento marcante na vida da pessoa e da sua família. Resulta de processos fisiopatológicos não intencionais, a partir dos quais ela terá que reorganizar todo o seu projecto de vida e de saúde, adaptando-se a uma nova condição. Enquanto ser social e agente intencional de comportamentos necessários, para recuperar o equilíbrio, a pessoa deverá aderir a um regime terapêutico com vários componentes: o tratamento de substituição renal, a manutenção do acesso vascular, o regime medicamentoso, o regime alimentar e o controlo dos líquidos ingeridos. A adaptação, a esta nova condição de saúde e a sua aceitação, dependem de diversos factores individuais, familiares, sociais e organizacionais

que irão condicionar uma transição mais ou menos difícil e uma adaptação mais ou menos bem conseguida. A aceitação do seu estado de saúde e a adaptação à nova condição de saúde são, por sua vez, determinantes na adopção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico.

Para melhor compreensão da complexidade da doença, do tratamento e do regime terapêutico iremos, a seguir, descrever e explicar pormenorizadamente cada um deles.

1.1. A Insuficiência Renal Crónica

Os rins têm um papel preponderante na manutenção da homeostasia e na eliminação dos produtos finais do metabolismo e outros produtos tóxicos. São responsáveis simultaneamente por modular a excreção da água, sódio, potássio, cálcio magnésio, cloro, fosfato, hidrogénio e bicarbonato, mantendo constante o volume e a composição do líquido extra celular. Mantêm o equilíbrio hidroelectrolítico e o equilíbrio ácido – base. Excretam os produtos do metabolismo azotado como a ureia, a creatinina e o ácido úrico. Desempenham ainda funções endócrinas. São responsáveis pela segregação da eritropoietina, renina e outros factores como as prostaglandinas e as quininas, pela activação da vitamina D, pela degradação da insulina e outras hormonas (Pataca, 1997).

Macroscopicamente, os rins são dois pequenos órgãos, em forma de feijão, com aproximadamente 10cm de comprimento por 5cm de largura e 2,5 cm de espessura. Estão localizados fora e posteriormente à cavidade abdominal, antero - laterais à coluna lombar e protegidos pela grade costal posterior (Thelan, Davie, & Urden, 1993). Internamente cada rim é constituído pelo córtex e pela medula. O tecido cortical contém os glomérulos e os túbulos proximais e distais dos nefrónios, que constituem o sistema de filtração do rim. A medula constitui a parte mais interna de cada rim e é composta pelas ansas de Henle e pelos tubos colectores dos nefrónios que concentram e recolhem a urina.

Microscopicamente, o tecido renal é constituído por 1 a 1,5 milhões de nefrónios. Cada nefrónio é formado pelo glomérulo, cápsula de Bowman, túbulo contornado proximal, ansa de Henle, túbulo contornado distal e tubo colector.

A regulação do volume de líquidos e electrólitos do líquido extra celular ocorre separadamente ao nível do nefrónio. A reabsorção da água é controlada pela hormona antidiurética, produzida na hipófise. O controlo da reabsorção dos electrólitos faz-se através de um mecanismo denominado limiar. As substâncias e electrólitos dividem-se conforme têm ou não limiar.

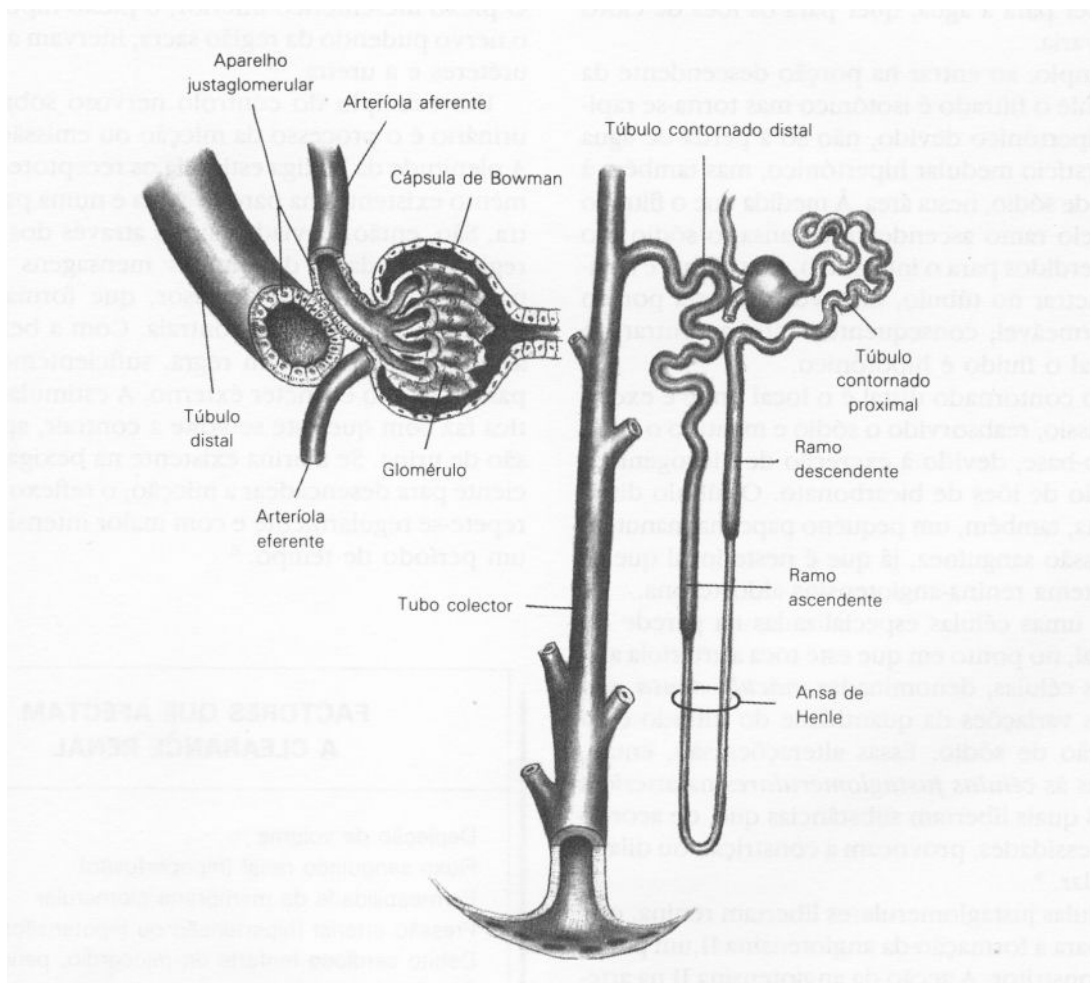


Figura 1 - Thompson J.M., & et al. (1989). Componentes do Nefrónio, Mosby's manual of clinical nursing, (2ª ed.). St louis: The CV Mosby.

É também ao nível do nefrónio que se dá a absorção e excreção de ácidos e bases regulando o seu equilíbrio.

Durante o metabolismo, produzem-se produtos de degradação, que são selectivamente filtrados pelo rim. A ureia, o ácido úrico e a creatinina são produtos de degradação do metabolismo proteico.

A clearance da creatinina é usada para determinar a adequação da função renal, em associação com a taxa de filtração glomerular que consiste no volume de plasma depurado através da membrana glomerular por unidade de tempo e que é normalmente de 125 ml por minuto.

Os nefrónios não funcionam todos em simultâneo. Alguns são mantidos de reserva permitindo ao rim continuar a funcionar, mesmo depois de perder vários milhares de nefrónios, o que faz com que os sintomas de doença se manifestem já numa fase muito avançada de progressão da mesma.

Assim a importância dos rins torna-se particularmente evidente quando se observam consequências da perda da função renal.

A pessoa com insuficiência renal começa progressivamente a reter os produtos do metabolismo, como a ureia, acumula líquidos (apresentando edemas), perde a capacidade de diluir e concentrar a urina e torna-se incapaz de regular o equilíbrio ácido - base e os níveis plasmáticos de sódio e potássio, entre outros electrólitos. A perda da função renal pode ser lenta e progressiva, porque, tal como anteriormente referimos, os nefrónios (unidades funcionais do rim) remanescentes se vão adaptando para substituir os que se perdem, mas vão sendo cada vez menos, culminando na ausência de função renal, em que os líquidos, as toxinas metabólicas e os electrólitos se acumulam no sangue. Nesta fase de progressão da doença é necessário recorrer a técnicas de substituição renal (hemodiálise e diálise peritoneal), ou ao transplante renal para garantir a sobrevivência da pessoa.

A Insuficiência Renal Crónica pode ser causada por doença primária do rim, como as glomerulonefrites ou o rim poliquístico, mas é comum acontecer como complicação tardia de outra doença crónica, como por exemplo a hipertensão ou a diabetes. Segundo o Ministério da Saúde, em Portugal a doença continua a aumentar devido, entre outros factores, ao aumento da diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial, que são as principais patologias subjacentes à maioria dos casos em diálise (Direcção-Geral da Saúde, 2002).

Segundo, Pataca (1997) a evolução da doença pode ser dividida em três fases. Na primeira fase, de diminuição da reserva renal, ocorre proteinúria e elevação da pressão sanguínea, podendo também verificar-se um ligeiro aumento da ureia e da creatinina. A segunda fase de insuficiência

renal, consiste na degradação da função renal com aumento dos níveis séricos de ureia e creatinina e elevação moderada dos níveis de potássio, alteração da capacidade de concentração da urina e anemia. Na primeira e segunda fase da doença, as alterações apresentadas podem não se traduzir em sinais e sintomas suficientemente alarmantes para levar a pessoa a recorrer aos serviços de saúde, podendo até passar despercebidas. A terceira fase, de doença renal terminal, é frequentemente caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas, denominado síndrome urémica. Nesta fase a taxa de filtração glomerular geralmente é inferior a 6ml por minuto. Os sinais e sintomas que a pessoa apresenta, resultam de valores muito elevados de ureia, creatinina, potássio e fósforo; da diminuição do sódio, cálcio, hemoglobina e hematócrito e da retenção de líquidos. Cada pessoa poderá apresentar diferentes sinais e sintomas pois o carácter insidioso da doença permite ao organismo adaptar-se de forma variável. A diurese é geralmente muito baixa e a cor da urina pode variar entre muito clara, quase como água e muito escura. Os edemas das extremidades, a hipertensão e as cefaleias, são sintomas frequentes. Pode ainda acontecer irritação e insónias, resultantes da irritação cerebral provocada pelas toxinas urémicas. Boca seca, hálito urémico, anorexia, náuseas e vômitos também são sintomas frequentes. A pele adquire um tom característico, bronzeado esverdeado devido à presença dos produtos tóxicos no sangue e à palidez causada pela anemia e apresenta-se seca e com prurido, devido ao depósito de fosfatos. A diminuição da libido, variações emocionais, depressão, letargia, perda de memória e confusão mental, são ainda sintomas que a pessoa poderá apresentar. Nesta fase a doença é irreversível e o tratamento tem como objectivos preservar ao máximo a função renal, corrigir os desequilíbrios e adiar ao máximo a necessidade de recorrer a técnicas de substituição renal.

Mais recentemente, surgiu o conceito de doença renal crónica, sempre que se verifique a existência de lesão renal ou funcionamento dos rins abaixo de 60% da sua capacidade, durante pelo menos três meses. A percentagem de funcionamento do rim é dada pela taxa de filtração glomerular (Direcção-Geral da Saúde, 2002).

Este conceito, mais abrangente que o de Insuficiência Renal Crónica, vai de encontro à importância da vigilância e detecção precoce da doença, necessárias para travar ou atrasar a sua progressão. A sintomatologia, pelos motivos já apresentados, surge geralmente numa fase muito avançada de degradação da função renal e nem todas as pessoas com doença renal crónica apresentam uma doença com tendência para progredir para Insuficiência renal terminal, podendo

nunca necessitar de iniciar técnicas de substituição renal, desde que a doença seja diagnosticada precocemente e atempadamente se inicie o tratamento.

1.2. A Hemodiálise

Como já foi referido, e pelos factores anteriormente apresentados, quando a doença renal crónica evolui para insuficiência renal crónica, também denominada terminal, a função renal tem que ser substituída por uma das técnicas de substituição renal disponíveis: hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal.

Apesar dos recentes avanços da terapêutica imunossupressora, o transplante renal, que seria a técnica de eleição para a maioria das pessoas com insuficiência renal crónica, ainda apresenta uma pequena taxa de rejeição e apesar do número de transplantes de dador vivo ter aumentado consideravelmente nos últimos anos, o transplante de rins de cadáver ainda é o mais frequente. No ano 2000, realizaram-se em Portugal 359 transplantes e 445 em 2006. É um número claramente insuficiente, apesar do aumento verificado e de Portugal tenha um lugar relevante na União Europeia, quanto ao número relativo de transplantes realizados, 36 por milhão de habitantes, sendo apenas ultrapassado pela Espanha onde se realizaram 42 transplantes por milhão de habitantes (Direcção-Geral da Saúde, 2002).

O termo diálise foi introduzido por Thomas Graham em 1861, mas só em 1924 aparecem as primeiras descrições da terapêutica dialítica na insuficiência renal aguda e a partir de 1960 a sua aplicação regular na insuficiência renal crónica (S. Ribeiro, 1997). Hoje a terapêutica de substituição renal, nas suas várias modalidades, está disponível para a maioria das pessoas com IRC, em qualquer parte do mundo. Continua porém, a ser um substituto imperfeito da função renal, pois não substitui a função endócrina do rim, nem a actividade metabólica, além de ser uma técnica onerosa, que requer restrições dietéticas e terapêutica medicamentosa concomitantes.

A diálise peritoneal, habitualmente realizada em casa de forma autónoma pela pessoa, exige a implantação cirúrgica de um cateter abdominal permanente. Para realizar o tratamento a pessoa conecta o cateter abdominal, através de um tubo estéril ao saco da solução de diálise (dialisante), de modo a permitir a entrada do dialisante na cavidade peritoneal. A membrana peritoneal

funciona como “rim” ou dialisador, através do qual as substâncias tóxicas passam do sangue para a solução dialisante. Esta necessita de ser substituída várias vezes ao longo do dia, o que é feito pela pessoa manualmente ou com a ajuda de uma máquina de diálise peritoneal, que o faz por exemplo durante o sono (S. Ribeiro, 1997; Thelan, et al., 1993). Esta técnica permite à pessoa maior flexibilidade, em termos de horários e permite-lhe ajustar a frequência e duração das sessões de acordo com as necessidades. O maior risco, decorrente do seu uso é a infecção (peritonite). É a técnica de eleição para as crianças quando não é possível o transplante. Não é a técnica mais utilizada, em adultos, porque exige que a pessoa tenha um papel muito activo durante todo o procedimento. Segundo dados da Direcção geral de Saúde no ano 2000, havia em Portugal 6434 pessoas com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise e 267 em Diálise Peritoneal (Direcção-Geral da Saúde, 2002).

A hemodiálise é a técnica de substituição renal mais comum, realizada por cerca de 75% das pessoas com IRC. Esta técnica permite, recorrendo a uma máquina e a um circuito extra corporal, fazer passar o sangue da pessoa através de um “rim artificial” - o dialisador, com o objectivo de remover os produtos tóxicos acumulados, eliminar os líquidos em excesso e repor substâncias em falta. O sangue flui através das membranas semipermeáveis do dialisador, que são simultaneamente banhadas por um líquido chamado banho dialisante e, por um processo de difusão e osmose, realizam-se as trocas de líquidos, electrólitos e toxinas do sangue para o banho. O sangue e o banho circulam em direcções opostas através do dialisador, para manter no máximo, os gradientes químicos e osmóticos.

Para remover os líquidos, aplica-se uma pressão hidrostática positiva ao sangue e uma pressão hidrostática negativa ao banho. A diferença entre os dois valores representa a pressão transmembranária e conduz à remoção dos líquidos do espaço vascular, por um processo designado: ultrafiltração.

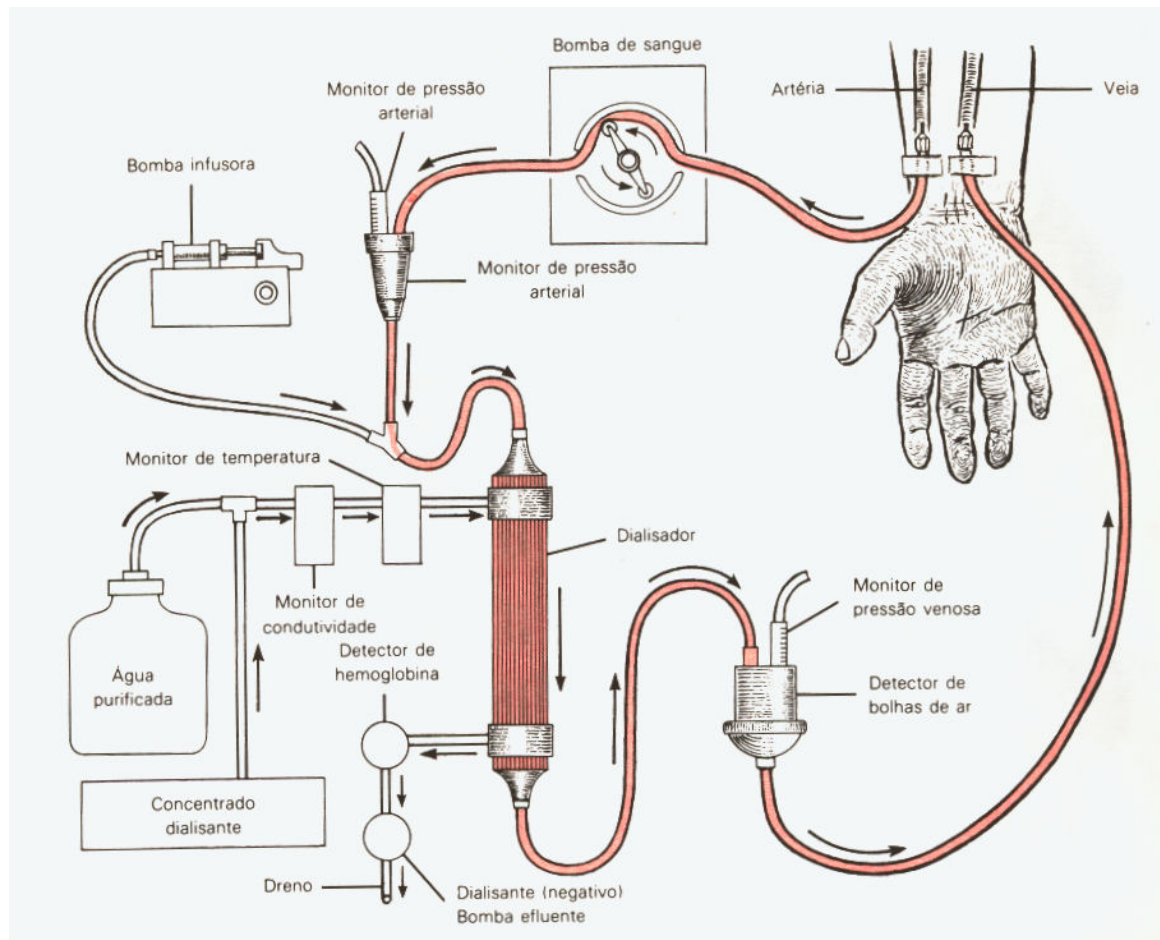


Figura 2 - Thelan, L. A., Davie, J. K., & Urdan, L. D. (1993). Componentes do sistema de hemodiálise, *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta

O banho dialisante é composto por água e electrólitos, como o cloreto de sódio, o cloreto de potássio, o cloreto de cálcio, o cloreto de magnésio, o bicarbonato de sódio e o ácido láctico, em quantidades que permitem a criação de um gradiente de difusão através das membranas. A água para ser usada no banho deve ser tratada através de processos de filtração utilizando filtros de areia e carbono e purificada por processos de osmose inversa, de modo a garantir a sua pureza e segurança bacteriológica.

Diversos factores como: a composição, a temperatura e a velocidade do banho, a capacidade do dialisador, a velocidade do fluxo sanguíneo e o tempo efectivo de tratamento, podem afectar a eficácia da diálise (Thelan, et al., 1993).

Ao longo de cada sessão, de forma contínua e cíclica, o sangue depois de passar pelo filtro ou dialisador, regressa ao circuito corporal normal, impulsionado por uma bomba que mantém um fluxo regular de 350ml por minuto, em média.

O recurso a esta técnica, requer a construção cirúrgica de um acesso vascular, preferencialmente uma fistula arterio-venosa, mas também, caso se revele necessário, se pode recorrer ao implante de próteses sintéticas e em último caso ou temporariamente, à introdução de cateteres venosos centrais, habitualmente na veia jugular ou subclávia. Estes são utilizados em último recurso, ou temporariamente porque representam um elevado risco de infecção.

Verificaram-se enormes progressos ao nível das técnicas de substituição renal e nomeadamente da hemodiálise, nos últimos anos. Concomitantemente, verificou-se um aumento progressivo de pessoas dependentes de um monitor de diálise e de um acesso vascular. O número de horas de tratamento começou por ser de oito a doze horas por dia e foi diminuindo. As complicações agudas, relacionadas com o tratamento, que comprometiam significativamente a qualidade de vida destas pessoas, também diminuíram acentuadamente em função da qualidade dos dialisadores, nomeadamente o uso de membranas mais biocompatíveis, da melhoria dos monitores de diálise com a introdução de ultra filtração controlada e com o uso de soluções de bicarbonato em vez do acetato inicialmente utilizado, bem como o aumento da concentração de sódio nas soluções dialisantes.

Actualmente a hemodiálise é uma técnica realizada por uma equipa de enfermagem devidamente treinada, sob prescrição de um médico nefrologista, num hospital central ou num centro (clínica) de diálise convencionado, em média três vezes por semana, quatro horas por sessão.

Apesar dos avanços tecnológicos descritos, a pessoa pode ainda, durante o tratamento, experimentar uma série de stressores fisiológicos, que incluem quedas bruscas da tensão arterial, hemorragia no local das punções do acesso vascular, náuseas, câibras, cefaleias e fadiga aumentada.

1.3. O Regime Terapêutico: implicações nos hábitos de vida

O regime terapêutico da pessoa com Insuficiência renal crónica em programa regular de Hemodiálise inclui: a comparência aos tratamentos, em média quatro horas, três vezes por semana, seguir o regime medicamentoso e cumprir um plano alimentar e de controlo de líquidos, relativamente complexo e difícil de compreender por ser diferente do que é habitualmente considerado saudável para a população em geral, e rigoroso.

É um regime terapêutico multifacetado, que não é fácil de gerir e que impõe mudanças e adaptações nos hábitos de vida da pessoa e da família/conviventes. Iremos de seguida referir mais pormenorizadamente cada um dos seus componentes.

A comparência aos tratamentos implica que a pessoa se desloque a um centro de diálise, habitualmente o mais próximo da sua residência, num horário pré estabelecido, três vezes por semana.

A frequência dos tratamentos, por vezes é difícil de conciliar com a actividade profissional da pessoa e com toda a rotina familiar que tem que ser reorganizada, incluindo as férias e as actividades de lazer. Não raramente, a pessoa vê-se obrigada a deixar o emprego, apesar de ser incentivada a não o fazer, pois a sua manutenção é muito importante para que não se isole e mantenha a interacção e a participação social. Uma grande parte das pessoas com insuficiência renal crónica é reformada precocemente.

O regime medicamentoso varia de pessoa para pessoa de acordo com as necessidades e pode incluir vitaminas, cálcio e captadores de fósforo entre outros fármacos, alguns dos quais são mal tolerados, devido aos efeitos secundários. É o caso dos captadores de fósforo, que são frequentemente mal tolerados ao nível gastrointestinal, no entanto se não forem tomados regularmente, os níveis de fósforo no sangue aumentam.

O regime alimentar inclui a diminuição da ingestão diária de potássio, de sódio e de fósforo. A ingestão diária deve ser de 20 a 30 mEq/dia de sódio, 70 a 80 mEq/dia de potássio e 600 a 1000mg/dia de fósforo (Ferreira, 1997).

O potássio existe em maior ou menor quantidade em quase todos os produtos alimentares de origem animal e vegetal. A pessoa é alertada sobre os alimentos que contêm mais potássio e informada sobre formas de reduzir o seu teor na confecção dos alimentos.

Os alimentos com mais de 600mg de potássio por 100g de produto comestível, devem à partida ser eliminados da dieta, como é o caso das leguminosas secas, os grelos de nabo, o cacau, o leite achocolatado e os frutos secos, entre outros.

Para reduzir o teor de potássio todos os legumes frescos, incluindo a batata, devem ser cozidos em grandes quantidades de água, pelo menos duas vezes. A primeira vez, devem ser escaldados (branqueamento) numa panela com bastante água sem sal, durante dois a três minutos depois de levantarem fervura. A seguir podem ser cozidos definitivamente noutra água. A água de cozedura deve ser rejeitada (Dias, 2006).

A batata deve ser partida em metades e ficar algum tempo de molho, antes de ser confeccionada. Se for para fritar deve ser branqueada primeiro e só depois frita.

O microondas e a panela de pressão não devem ser utilizados para cozinhar, por conservarem o potássio.

As frutas frescas e as saladas devem ser ingeridas com moderação escolhendo as que têm menos potássio. São permitidas duas peças de fruta por dia, uma crua outra cozida, rejeitando o líquido de cozedura.

O sódio encontra-se em todos os alimentos salgados, que devem ser evitados ou eliminados da dieta, além de ser necessário cozinhar com pouco sal.

O bacalhau salgado, as azeitonas, caldos de carne, fumados, queijos, molhos e conservas, são exemplos de alimentos ricos em sal (Dias, 2006).

O fósforo existe em maior quantidade em alimentos como o leite e derivados, as conservas e fumados de peixe e carne, as leguminosas e frutos secos, que também são muito ricos em potássio, o chocolate, o cacau, as farinhas integrais e os flocos de cereais e fibras. A sua ingestão deve ser reduzida de acordo com as necessidades individuais.

O esquema alimentar deve ser ajustado às características, hábitos e necessidades individuais. Assim deve ser definido com a pessoa e com a sua família /convivente, pois é muito importante implicar todos, no processo de tratamento para tentar obter o seu apoio e colaboração.

A quantidade de líquidos a ingerir por dia deve ser 0,5 l mais, o volume total de urina excretada, que para a maioria das pessoas em diálise é muito reduzida ou nula. Considera-se

líquido, não só a água mas também o gelo, gelados, sumos, sopa, entre outros. Tudo o que seja líquido ou húmido contribui para o ganho de peso interdialítico, ou seja, para a acumulação de líquidos entre as diálises.

As bebidas alcoólicas não são aconselhadas e é necessário não esquecer que algumas bebidas são também ricas em potássio e aumentam a sensação de sede. Assim as bebidas aconselhadas, na quantidade referida, são a água sem gás, o leite meio gordo ou magro, o chá, a cevada de cafeteira e o carioca de café (Dias, 2006).

Como se pode verificar o regime alimentar aconselhado apresenta algumas diferenças relativamente ao indicado para a população em geral, quando se fala em estilos de vida saudáveis, o que pode inicialmente ser difícil de entender. Ao contrário do que é aconselhável para a população em geral, as pessoas com insuficiência renal em programa regular de hemodiálise devem beber pouca água, comer pouca fruta, legumes e saladas.

O não cumprimento das recomendações referidas pode trazer consequências negativas para a pessoa, pois níveis continuamente elevados de fósforo no sangue estão associados a uma série de complicações como a osteodistrofia renal, grande diminuição dos níveis séricos de cálcio e subsequente desmineralização óssea. A hipercalémia, ou seja o aumento dos níveis de potássio no sangue, causa sérias alterações a nível cardiovascular, podendo ocorrer arritmias cardíacas e a morte. É fundamental que a pessoa siga as orientações de modo a manter níveis seguros de potássio no sangue, o que não é fácil, uma vez que este mineral está presente em maior ou menor quantidade na grande maioria dos alimentos. Devido à sua importância nos resultados clínicos, os níveis séricos de fósforo e potássio são avaliados mensalmente, como parte do protocolo analítico das pessoas em diálise. O excesso de líquidos pode conduzir a insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, dispneia e edema agudo do pulmão, podendo mesmo ser mortal (Thelan, et al., 1993).

Capítulo II - Adesão ao regime terapêutico

Adesão ao regime terapêutico, adesão terapêutica ou ainda adesão ao tratamento, são diferentes modos de nomear a mesma entidade. Estima-se que 30 a 50% dos doentes independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico ((Vermeire & et al., 2001). Um elevado número de estudos apontam para uma taxa de adesão, em pessoas com doenças crónicas, nos países desenvolvidos na ordem dos 50%, sendo a magnitude e impacto da não adesão ainda maior nos países mais pobres (WHO, 2003).

Os estudos sobre a adesão ao regime terapêutico nos doentes com insuficiência renal crónica em diálise apontam para uma prevalência de não adesão entre 30 a 50% para a dieta, quantidade de líquidos e medicamentos (Christensen & Moran, 1998). Em geral estes estudos indicam que a não adesão é maior para os líquidos do que para a dieta e para a terapêutica, o que é consistente com outros estudos que referem que a adesão às recomendações relativas ao controlo da quantidade de líquidos é o mais difícil e stressante componente do regime terapêutico em hemodiálise (Christensen, Benotsch, Wiebe, & Lawton, 1995).

1.1. O Conceito de Adesão

Na literatura consultada, em língua inglesa encontramos frequentemente dois termos distintos para adesão, *compliance* e *adherence*, muitas vezes utilizados indiferentemente, no entanto o primeiro tem uma conotação negativa, na medida em que sugere passividade e submissão da pessoa às prescrições, atribuindo todo o poder a quem prescreve enquanto o segundo sugere uma participação mais activa da pessoa no processo de decisão incorporando os conceitos de concordância, cooperação e parceria entre a pessoa e o prestador de cuidados de saúde (Myers & Midence, 1998; Vermeire & et al., 2001).

De acordo com Vermeire et al, no mesmo artigo de revisão da literatura publicado em 2001, já referido, todas as definições de adesão assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa por isso o comportamento racionalmente mais adequado é seguir essas recomendações.

Muitos dos estudos existentes referem-se exclusivamente à adesão à medicação, mas o conceito de adesão inclui outros aspectos inerentes à prevenção e ao tratamento das doenças que não podem ser esquecidos.

De acordo com Haynes, McDonald, Garg, & Montague (2003), a adesão ao regime terapêutico define-se como o grau de concordância entre as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto. É uma definição abrangente que permite perceber como este tema é complexo, na medida em que pode incluir uma grande diversidade de recomendações terapêuticas e de comportamentos. Também nesta linha, O *adherence project* da OMS, no âmbito das doenças crónicas e da adesão a tratamentos de longa duração, adoptou a seguinte definição “*the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider*” (WHO, 2003, p. 3). Esta definição enfatiza a importância da pessoa concordar com as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros ou outros técnicos (WHO, 2003).

O International Council of Nurses (ICN) considera a gestão do regime terapêutico um foco da prática de enfermagem que se define como:

“Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (International Council of Nurses, 2002, p. 58).

Ainda de acordo com o ICN, adesão é um tipo de gestão que significa:

“Volição com as características específicas: acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento” (International Council of Nurses, 2005, p. 81).

A adesão pode ser avaliada utilizando diferentes métodos. Podemos utilizar medidas directas como é o caso da observação directa e do doseamento de marcadores bioquímicos nos fluidos corporais.

A observação directa só pode ser utilizada em tratamentos de toma única, na administração intermitente de fármacos ou se a pessoa estiver internada.

As medidas objectivas, habitualmente são caras, exigem que os fluidos corporais (sangue ou urina) estejam disponíveis e só podem ser utilizadas quando existam marcadores específicos. A hemoglobina glicosilada, é um exemplo de um indicador relativamente sensível e específico da adesão ao regime alimentar dos diabéticos (Burrowes & Cockram, 2006), mas não existem marcadores específicos da adesão para todas as doenças crónicas.

As medidas indirectas incluem as entrevistas e os diários alimentares, que são medidas subjectivas e requerem a colaboração das pessoas, a contagem de medicamentos e os resultados terapêuticos.

Os resultados terapêuticos são objectivos mas também apresentam limitações, uma vez que o controlo da doença depende não só da adesão mas também do ajustamento da prescrição e de outros factores que podem não estar directamente relacionados com a adesão, mas com processos fisiopatológicos, que não é possível controlar. Mesmo assim, valores elevados de fósforo e potássio, são habitualmente interpretados como reflexo de fraca adesão ao regime terapêutico no caso das pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise. Valores de potássio superiores a 6,0 mEqL e de fósforo superiores a 5,5 mgdL, são geralmente indicadores de problemas de adesão à dieta. Um ganho de peso interdialítico superior a 4% do peso corporal da pessoa, o que numa pessoa com 70 kg corresponde a 2,8 kg, geralmente indica fraca adesão ao controlo da quantidade de líquidos ingeridos (Christensen & Moran, 1998).

Embora exista uma variedade de métodos para medir a adesão, com mais ou menos dificuldades inerentes à sua aplicação, todos eles apresentam sérios problemas para gerar dados válidos e replicáveis, que nos permitam uma estimativa exacta da medida da adesão (Vermeire & et al., 2001).

As diferentes formas de medida da adesão, usualmente utilizadas, tendem a sobrestimar a adesão e subestimar a não adesão. Uma das razões para a ocorrência deste erro poderá relacionar-se com o período medido, que frequentemente não é representativo do comportamento habitual da pessoa.

Resumindo, uma abordagem que combine vários métodos como o auto-relato e medidas objectivas razoáveis é o actual estado da arte na medição da adesão ao regime terapêutico (WHO, 2003).

1.2. Determinantes da Adesão

A adesão a regimes terapêuticos de longa duração é um fenómeno dinâmico e multidimensional determinado, tal como a saúde em geral, por cinco grupos de factores com influência variável, que interagem entre si:

1. *Factores sociais, económicos e culturais*: o analfabetismo, o desemprego, os apoios sociais disponíveis, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos, e a distância dos centros de tratamento, têm influência negativa no comportamento de adesão. As guerras e a raça, pelas crenças culturais e pelas desigualdades sociais a que por vezes alguns grupos estão sujeitos, também são factores que a influenciam negativamente. As variáveis sociodemográficas, como a idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e condição de saúde, tem efeitos variáveis na adesão. Em estudos realizados por Christensen et al., (1995), as pessoas mais jovens apresentaram pior adesão aos diversos aspectos do regime terapêutico em diálise, quando comparados com pessoas mais velhas. Ainda outros estudos realizados no âmbito de outras doenças crónicas e após transplante por Greenstein & Siegal (1998) e por Raiz, Kilty, Henry, & Ferguson (1999), sugerem que a não adesão é mais prevalente em pessoas mais jovens. Relativamente ao sexo as conclusões divergem; em estudos realizados por Boyer et al., (1990), De Geest et al., (1995), Kiley et al., (1993) & Morduchowicz et al., (1993), citados por Christensen & Moran (1998), os homens apresentaram significativamente pior adesão que as mulheres, tanto em diálise como após transplante renal. No entanto outros estudos realizados por Lopez Sanchez, (1999) & Heathaway et al, (1999), citados por Telles-Correia, Barbosa, Mega, Barroso, & Monteiro (2007), demonstraram que o sexo não é preditor da adesão após transplante renal. No que se refere ao estado civil, estudos realizados por Dew et al., (1996) & Lopez Sanchez, (1999), citados por Telles-Correia, et al., (2007), concluíram que a não adesão após transplante é mais frequente nas pessoas solteiras e sem companheiro(a);

2. *Factores relacionados com o sistema de saúde, os serviços e os profissionais de saúde*, como por exemplo: os sistemas de saúde pouco desenvolvidos, com fracos sistemas de distribuição de medicamentos, pouca comparticipação, fraca capacidade de educar os doentes e assegurar o *follow-up*; os serviços de saúde com horários desadequados às necessidades, com pouca oferta de consultas e outros serviços; profissionais de saúde sobrecarregados de trabalho, sem incentivos e sem *feed-back* do seu desempenho, sem formação e treino específicos na gestão de doenças crónicas e em adesão ao regime terapêutico, que não dispensem a devida atenção à relação que estabelecem com a pessoa, são factores que dificultam a adesão. Chisholm, Vollenweider, & Mulley, (2000) num estudo realizado com pessoas com IRC após transplante renal concluíram que o custo da medicação influencia negativamente a adesão. Rorer et al., (1988), citado por Christensen & Moran (1998), num estudo sobre as interações da relação enfermeiro – doente, num centro de diálise sugeriu que maior suporte emocional dado pelos enfermeiros está associado a maior adesão aos líquidos.
3. *Factores relacionados com a doença*, nomeadamente a gravidade dos sintomas e a incapacidade que provoca aos vários níveis: físico, psicológico, social e profissional. O seu impacto, na vida da pessoa, depende do grau de risco que ela lhe atribui e vai condicionar a prioridade e importância atribuídas à adesão. Outras doenças concomitantes como a depressão ou o consumo de substâncias, ilícitas ou não, também podem afectar o comportamento de adesão;
4. *Factores relacionados com o tratamento*, como a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes ao mesmo, bem como a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação, diminuem a adesão;
5. *Factores relacionados com a pessoa doente*, como os seus recursos psicológicos, os seus conhecimentos, as suas atitudes, crenças, percepções e expectativas, interagem de modo ainda não suficientemente compreendido, para todas as variáveis, influenciando o comportamento de adesão. Estudos realizados por De Geest et al, 1995; Rosenbaum et al, 1986 & Schneider et al, 1991; citados por Christensen & Moran (1998) sugerem que as expectativas de auto eficácia estão relacionadas com a adesão às recomendações relativas ao controlo da quantidade de líquidos em doentes

em hemodiálise. Num estudo envolvendo doentes de um centro de hemodiálise, Rosenbaum & Ben Ari Smira (1986), citados por Christensen & Moran (1998) sugeriram que a relação observada entre auto eficácia e adesão era em grande parte devida às percepções das pessoas doentes sobre episódios anteriores de sucesso na adesão e atribuição desse sucesso aos seus esforços pessoais. Alguns estudos demonstraram que pessoas em hemodiálise com *Locus de controlo interno* apresentavam maior adesão à dieta e aos líquidos, mas outros estudos sugeriram que esta relação não é significativa (Christensen & Moran, 1998). Um estudo envolvendo uma amostra de pessoas em hemodiálise e diálise peritoneal, realizado por (Christensen, et al., 1995), revelou que elevadas expectativas de auto eficácia estavam associadas a maior adesão, mas apenas para os doentes com uma forte crença nas recomendações dos profissionais de saúde. A ausência de informação, de capacidade para gerir o regime terapêutico, de motivação e de auto eficácia, assim como a ausência de suporte para as mudanças comportamentais, são as maiores barreiras à adesão descritas na literatura. Estas barreiras têm maior significado, para as intervenções destinadas a mudar hábitos e estilos de vida, mas também afectam a adesão à medicação.

Janis, (1984), Turk e Meichenbaum (1991), propõem que alguns dos aspectos anteriormente referidos como determinantes da adesão são factores psicossociais, envolvidos em grau variável no processo de empenhamento das pessoas no *seguimento de um regime terapêutico*, na *permanência em tratamento* e na *prevenção*. Os factores psicossociais propostos são:

- *Características sociais*, como a idade, sexo, educação e rendimentos;
- *Personalidade*, onde se inclui o controlo interno, a inteligência, a ansiedade e os distúrbios psicológicos;
- *Outras características psicológicas*, como as crenças sobre as ameaças à saúde e acerca da eficácia da acção, a atitude geral face aos cuidados de saúde, os conhecimentos sobre a saúde, a doença e o regime terapêutico;
- *Exigências situacionais*, tais como os sintomas da doença, a complexidade e duração do tratamento e a sua interferência com outras acções;

- *Contexto social* em que a pessoa vive;
- *Interacção com o sistema de cuidados de saúde*, nomeadamente a continuidade de cuidados, a proximidade dos serviços de saúde e a satisfação em geral.

A importância destes factores é diferente para cada uma das três áreas referidas. A prevenção, a permanência em tratamento e a adesão ao regime terapêutico.

Considerando estes factores psicossociais e a sua influência na adesão, Turk e Meichenbaum (1991) propuseram ainda algumas estratégias que os profissionais de saúde poderão utilizar para a melhorar e que incluem:

- Escutar a pessoa;
- Pedir-lhe para repetir o que tem de fazer;
- Dar instruções claras sobre o regime terapêutico, de preferência por escrito;
- Propor um regime terapêutico o mais simples possível, que tenha em consideração os horários da pessoa;
- Utilizar métodos de contagem dos medicamentos tomados;
- Telefonar se a pessoa faltar a uma consulta;
- Referir em todas as consultas, que devem ser tão frequentes quanto necessário, a importância da adesão e reforçar os comportamentos positivos;
- Envolver a família ou pessoa significativa.

1.3. Modelos de Mudança Comportamental explicativos da Adesão

Vários modelos de mudança de comportamento, pretendem explicar as relações entre o pensamento e o comportamento das pessoas, relativamente às questões afectas à saúde e às doenças. Baseiam-se no pressuposto de que compreendendo as suas crenças, valores e atitudes, será possível planear uma intervenção mais eficaz, que permita modificar e controlar os comportamentos adoptados.

De acordo com Leventhal e Cameron (1987), os estudos sobre adesão têm seguido uma de cinco perspectivas teóricas principais: biomédica, comportamental, comunicacional, cognitiva e de

auto-regulação. Cada uma destas perspectivas inclui uma ou mais teorias ou modelos que se propõem, cada um por si, explicar a totalidade da intervenção vocacionada para a mudança de comportamentos relativos à saúde.

Numa perspectiva evolutiva, o modelo biomédico ajudou a perceber as relações entre a adesão e a doença / regime terapêutico, impulsionou o desenvolvimento de novas formas de administração de terapêutica de modo a facilitar a adesão ao regime medicamentoso e permitiu conhecer os níveis de adesão, no âmbito de algumas doenças, utilizando medidas directas como os valores bioquímicos. Embora o modelo biomédico de saúde e doença ainda seja dominante em alguns contextos de cuidados de saúde, um modelo em que o doente é mero executor e deve obedecer ao que lhe é solicitado, sem participar nas decisões, está mais associado ao conceito inicialmente usado, de *compliance*, que não é adequado, se pretendemos oferecer cuidados de saúde congruentes, que respondam “às necessidades, preferências e vontades dos doentes” (J.L. Ribeiro, 2005, p. 227).

As teorias ou modelos *comportamentais*, como o condicionamento clássico e operante são mais adequados quando se pretende o treino e a aprendizagem de capacidades para realizar actividades instrumentais referentes ao regime terapêutico aconselhado, dando ênfase aos estímulos que desencadeiam o comportamento e às recompensas que o reforçam.

A perspectiva comunicacional emergiu nos anos setenta encorajando os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação e impulsionando a realização de registos escritos e a transmissão de informações entre profissionais por esta via. Permitiu ainda que fosse dada maior ênfase à educação dos doentes e ao desenvolvimento de relações mais iguais, entre estes e os profissionais de saúde. Esta abordagem aumentou a satisfação dos doentes com os cuidados de saúde e mostrou que é necessário interagir com os doentes desenvolvendo relações amáveis e calorosas, mas por si só é insuficiente para mudar o seu comportamento de adesão (WHO, 2003). Inclui-se nesta perspectiva o Modelo da hipótese cognitiva de adesão de Ley, desenvolvido em 1981, no qual o autor defende que a adesão se pode prever através de uma combinação da satisfação do doente em relação à consulta com a compreensão da causa, extensão e tratamento da sua doença e com a capacidade de recordar a informação fornecida pelos profissionais de saúde. Ainda de acordo com este modelo é possível melhorar a adesão, melhorando a comunicação, o que inclui clareza, simplicidade e repetição das informações transmitidas oralmente; dar seguimento à consulta com entrevistas adicionais; e

fornecer informação escrita, que permita recordar mais tarde as informações fornecidas. Inicialmente desenvolvido para crianças com asma, este modelo foi posteriormente generalizado a outras doenças e criticado por diversos autores que o consideraram insuficiente para explicar a adesão, nomeadamente Leventhal & Cameron, (1987) e Odgen, (2004).

A perspectiva cognitiva inclui várias teorias e modelos como: o modelo de crenças de saúde, a teoria da aprendizagem social de Bandura, a teoria da acção racional de Fishbein, que depois deu origem à teoria do comportamento planeado e a teoria da motivação protectora de Rogers.

A perspectiva de auto-regulação pretende explicar as variáveis do contexto e as respostas cognitivas individuais às ameaças à saúde, à luz do modelo de auto-regulação. Por auto-regulação entende-se o processo sistemático de tentativas individuais conscientes, de modular pensamentos, emoções e comportamentos de modo a alcançar determinados objectivos, num ambiente em mudança (Zeidner, Boekaerts, & Pintrinch, 2000). No âmbito da saúde, espera-se que pessoas com uma boa auto-regulação, tenham maior probabilidade de adoptar comportamentos saudáveis e menor probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco (Woo & Frisbie, 2005). Estudos empíricos recentes parecem confirmar a importância das representações de doença como preditivas da adesão. As pessoas criam representações pessoais das ameaças à saúde resultantes da doença e do tratamento, nas quais vão basear a sua decisão e o seu comportamento de adesão. Assim, a adesão, requer que a pessoa acredite que é capaz de lidar com a situação e de adoptar o comportamento adequado, além de acreditar que a doença representa uma ameaça suficientemente forte para exigir a sua atenção e mudança de comportamento.

Todos os modelos e teorias apresentam vantagens e desvantagens no que se refere ao fenómeno da adesão não o explicando totalmente. Dada a multiplicidade de doenças e de regimes terapêuticos com diferentes especificidades, nenhum modelo se adapta a todas as situações, pelo que uma abordagem com recurso a diferentes modelos, parece ser a estratégia mais eficaz.

Iremos a seguir descrever mais pormenorizadamente alguns modelos, apresentando os seus pressupostos e tentando evidenciar em que medida contribuíram para melhor compreender e explicar o fenómeno da adesão ao regime terapêutico no âmbito das doenças crónicas.

1.3.1. Modelo de crenças de saúde

O modelo de crenças de saúde (Becker, 1974), teve origem em teorias comportamentais e cognitivas. Foi o primeiro modelo desenvolvido para explicar o comportamento de saúde e doença, e tem sido o mais utilizado, nos programas de intervenção desenvolvidos nos últimos anos (J.L. Ribeiro, 2005).

De acordo com este modelo o comportamento de saúde baseia-se em três pressupostos:

- A susceptibilidade percebida a uma ameaça à saúde, em que quanto maior a susceptibilidade percebida, maior a motivação para adoptar comportamentos que promovam a saúde.
- A gravidade atribuída à doença ou condição de saúde, que habitualmente é percebida de acordo com a gravidade dos sintomas e com o impacto da doença na família /conviventes.
- Os benefícios percebidos e dificuldades do tratamento: a pessoa constantemente avalia se os benefícios obtidos com a adopção de um comportamento de saúde, excedem as dificuldades ou barreiras à sua realização.

De acordo com Strecher & Rosenstock, (1997), citados por Straub (2005), este modelo reconhece ainda a influência variável que os amigos, as campanhas de saúde e factores sociodemográficos como a idade, sexo e grupo socioeconómico podem exercer sobre a pessoa, fornecendo-lhe razões para adoptar ou não comportamentos de saúde.

Existem vários estudos que têm demonstrado a importância deste modelo, mas também críticas e limitações.

Focalizando-nos no fenómeno da adesão e de acordo com este modelo, a pessoa irá aderir ao regime terapêutico se acreditar que a doença é grave e lhe poderá trazer consequências pessoais sérias, e se entender o regime terapêutico proposto, como uma possibilidade de reduzir a gravidade da doença ou a sua susceptibilidade à mesma, sendo os custos de aderir, superados pelos benefícios resultantes da adopção de comportamentos de adesão.

Em 1983, Rogers, acrescentou ao modelo de crenças de saúde outros factores, dando origem à teoria da motivação protectora, de acordo com a qual os comportamentos relacionados

com a saúde resultam de quatro factores: a auto-eficácia, a eficiência das respostas, a gravidade da doença e a vulnerabilidade individual à mesma. Estes factores predizem a intenção da pessoa em adoptar determinado comportamento e não o comportamento em si. Mais recentemente, o autor sugeriu a inclusão do medo, uma resposta emocional à informação, como um quinto factor. Ainda de acordo com este modelo há duas fontes de informação: uma ambiental e outra intrapessoal, que influenciam os factores atrás referidos e que por sua vez podem originar dois tipos de respostas, uma resposta adaptativa de intenções comportamentais, ou uma resposta desadaptada de evitamento ou negação (J.L. Ribeiro, 2005).

1.3.2. Teoria da Aprendizagem Social

A teoria da aprendizagem social, ou teoria cognitiva social (Bandura, 1977, 1986), teve origem em modelos comportamentais, considerando simultaneamente a dinâmica psicossocial subjacente aos comportamentos de saúde e os métodos para promover a mudança ou modificação positiva desses comportamentos. É constituída por quatro factores: o comportamento potencial, a expectativa, o valor do reforço e a situação psicológica.

O potencial para a adopção de determinado comportamento, é função da expectativa de que o comportamento a adoptar naquela situação, conduza a determinado reforço e no valor que esse reforço tem para a pessoa.

Relativamente ao fenómeno da adesão, o potencial para aderir será tanto maior quanto maior a expectativa de que adoptar comportamentos de adesão resulte na obtenção de reforços ou ganhos aos quais a pessoa atribua valor.

Três elementos desta teoria são particularmente relevantes na adopção de comportamentos de adesão: o papel das expectativas, o processo de aprendizagem vicariante e a influência motivadora do bom estado de saúde, como resultado do comportamento de adesão ao regime terapêutico (Bennett & Murphy, 1999). De acordo com Bandura (1986), a pessoa é motivada para adoptar comportamentos cujo resultado valoriza e que se sente capaz de desempenhar eficazmente. O comportamento é influenciado por dois conjuntos de expectativas: as expectativas de acção – resultado, que traduzem a crença pessoal de que uma acção conduz a determinado

resultado; e as expectativas de auto – eficácia, que reflectem até que ponto as pessoas acreditam serem capazes de adoptar o comportamento desejado. Muitos dos nossos comportamentos resultam dos modelos comportamentais a que somos expostos. “A partir da observação destes modelos aprendemos de forma vicariante a determinar resultados comportamentais e a estabelecer expectativas de eficácia” (Bennett & Murphy, 1999, p. 46). A família e o grupo de pares proporcionam fortes influências de modelagem. Geralmente, a influência do modelo é tanto maior quanto mais este se assemelha à pessoa e se pertence à mesma esfera social, ou superior como é o caso do desporto e da comunicação social, em comparação com modelos de baixo estatuto. A obtenção ou manutenção de um bom estado de saúde é uma expectativa de acção – resultado, que se for devidamente valorizada pode ser uma recompensa para a adopção do comportamento desejado. No entanto, o facto de o resultado ser probabilístico (o comportamento de adesão reduz o risco de complicações, mas não as elimina), de ser um resultado a longo prazo (os efeitos do comportamento na saúde nem sempre são notórios e não são imediatos) e de as compensações resultantes dos comportamentos prejudiciais à saúde serem normalmente imediatas, exerce frequentemente uma influência maior sobre a decisão de aderir ou não - aderir.

1.3.3. Teoria do *locus* de controlo para a saúde

Waltson, Waltson, & De Vellis (1978), identificaram três dimensões independentes do locus de controlo percebido para a saúde: interior, acaso e autoridades externas. De acordo com este modelo, as pessoas com locus de controlo interno, como consideram que a sua saúde depende do seu próprio controlo, têm maior probabilidade de adoptar comportamentos de promoção de saúde e de adesão ao regime terapêutico. Os que atribuem o locus de controlo ao acaso têm maior probabilidade de adoptar comportamentos prejudiciais à saúde. A crença em autoridades externas (frequentemente os profissionais de saúde), tem implicações na adopção de comportamentos de saúde que são mais difíceis de prever, uma vez que uma crença elevada pode indicar uma grande receptividade às mensagens dos profissionais de saúde, mas também podem indicar uma forte crença na capacidade da medicina, para curar todas as doenças, levando a pessoa a descurar a promoção e a manutenção da saúde. As crenças relativas ao *locus* de controlo, influenciam a

adopção de comportamentos saudáveis, quando as pessoas atribuem à saúde uma importância elevada. Assim, têm maior probabilidade de adoptar comportamentos de adesão, as pessoas com *locus* de controlo interno que valorizam a saúde.

Esta teoria, foi uma das mais influentes na psicologia da saúde e originou muita investigação, no entanto os resultados dos diversos estudos foram pouco convincentes, com achados positivos e negativos, que põem em causa a sua capacidade para prever o comportamento das pessoas no que se refere à promoção ou prevenção da saúde (B. S. Waltson & Waltson, 1984) e (Bennett & Murphy, 1999).

1.3.4. Teoria da acção racional de Fishbein

A teoria da acção racional especifica as relações entre crenças, atitudes, intenções e comportamento. Pressupõe que a intenção da pessoa para adoptar determinado comportamento é influenciada por dois factores: a atitude para com o comportamento, determinada pela crença de que adoptar esse comportamento produzirá determinados resultados e a norma subjectiva, que se refere às influências sociais ou seja às crenças da pessoa relativamente ao que os outros consideram comportamentos adequados e à importância de obedecer a essas normas (Ajzen & Fishbein, 1980), citados por (Straub, 2005) e (J.L. Ribeiro, 2005).

Transpondo os princípios desta teoria para a adesão, a pessoa terá intenção de aderir ao regime terapêutico se a sua atitude para com os comportamentos de adesão que deverá adoptar, for positiva e se acreditar que para a sua família, amigos, grupo de pares e profissionais de saúde, aderir ao regime terapêutico é o comportamento adequado.

Ajzen, (1985), citado por Ribeiro (2005), acrescenta aos pressupostos desta teoria a percepção de controlo do comportamento, dando origem à teoria da acção planeada ou teoria do comportamento planeado. Esta considera que quanto mais recursos e oportunidades para mudar determinado comportamento, as pessoas acreditam ter, maiores serão as suas crenças de que podem de facto modificá-lo. Esta teoria parece ser mais precisa para comportamentos considerados mais complexos como por exemplo a mudança dos hábitos alimentares, o que é

consistente com um aspecto central de todas as teorias já apresentadas: os comportamentos de saúde envolvem planeamento (Straub, 2005).

1.3.5 – Teoria da acção social

Esta teoria baseia-se na auto-regulação, para implementar mudanças individuais como meio para a resolução de problemas comunitários ou de saúde pública. Pretende ajudar as pessoas a implementar hábitos em que cada acção gera um resultado “ligado por um mecanismo de *feedback*” (J.L. Ribeiro, 2005, p. 169). Segundo Ewart e Fitzgerald (1994), são elementos básicos deste modelo a acção de protecção da saúde e os resultados da acção. A estes elementos deve, para Ribeiro (2005), ser acrescentada a *interdependência social*, ou seja as mudanças desejadas no comportamento da pessoa, devem também ser integradas nos hábitos de vida diária das pessoas que com ela convivem e com as quais partilha a realização dessas mesmas actividades. A chave desta teoria, segundo os mesmos autores, consiste em arranjar forma de os comportamentos desejados poderem ter efeitos imediatos, frequentes e desejados pela pessoa, reduzindo ou evitando os seus efeitos negativos e sem colidir com o contexto em que a pessoa se insere (Ewart & Fitzgerald, 1994). Esta teoria inclui três modelos de intervenção, aos diferentes níveis referidos: as acções ou comportamentos, a motivação e o contexto.

No que se refere ao fenómeno da adesão, um problema de saúde pública no âmbito das doenças crónicas, de acordo com esta teoria seria possível solucionar este problema através de uma intervenção orientada para levar cada pessoa a adoptar o comportamento desejado, evidenciando os resultados directos positivos desses comportamentos, motivando a pessoa e intervindo no meio envolvente, de modo a torná-lo facilitador da adesão ao regime terapêutico.

1.3.6. Modelo transteórico de mudança de comportamento

Este modelo, desenvolvido por Prochaska e DiClement (1982), baseia-se em cinco estádios envolvidos na implementação e manutenção da mudança de comportamento: o estádio ou fase de *pré-contemplação* em que a pessoa não tem ainda qualquer intenção de mudar, a fase de *contemplação*, em que a pessoa começa a considerar a possibilidade de mudar, a *preparação*, quando a pessoa começa a realizar pequenas mudanças e aproximações ao comportamento desejado, a fase de *acção* em que a pessoa adota o novo comportamento e finalmente a fase de *manutenção* em que a pessoa mantém o comportamento desejado ao longo do tempo. Estes estádios ou fases não ocorrem necessariamente de forma sucessiva, ao longo do processo de mudança de comportamento pode haver avanços e recuos em cada uma das fases.

Se considerarmos a adopção de determinado regime terapêutico como a mudança a implementar e manter, reportando-nos ao fenómeno da adesão, no âmbito das doenças crónicas, devemos considerar que a pessoa poderá passar por estas fases e planear a nossa intervenção de acordo com a fase de mudança em que a pessoa se encontre. Na primeira e segunda fase, será muito importante a informação e a sensibilização para ir criando na pessoa a necessidade e as disposições para mudar. Nestas fases as intervenções realizadas em grupo, quando oportuno poderão ser mais eficazes. As pessoas com insuficiência renal crónica poderão ser um desses exemplos. Na fase de preparação e acção será importante dar informações precisas acerca do que mudar e como mudar, indicando estratégias práticas que facilitem a adopção do comportamento desejado e proporcionando à pessoa um acompanhamento personalizado e individualizado. Na fase de manutenção será necessário menos acompanhamento, uma vez que a pessoa já é capaz de manter ao longo do tempo o comportamento desejado.

Em 1992, Prochaska, DiClement & Norcross acrescentam a este modelo o *balanço decisional*, ou seja a avaliação que a pessoa faz do comportamento esperado como elemento fundamental para a evolução dos estádios referidos, tal como a necessidade de os programas serem personalizados e individualizados.

1.3.7. Modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal

O modelo de auto-regulação do comportamento de doença, resultou da teoria da auto-regulação inicialmente desenvolvida por Leventhal e outros (1980, 1984 e 1997), que permite explicar, em certa medida, o modo como as pessoas lidam com as doenças crónicas. Esta teoria, mostrou que uma mensagem assustadora pode ser necessária para motivar as pessoas a adoptar comportamentos de saúde preventivos, mas o medo só por si não é eficaz. Para se obter uma mudança de comportamento é necessário acrescentar à mensagem de ameaça, um plano de acção, ou seja instruções claras para um desempenho eficaz e ajudar a pessoa a integrar essas instruções na sua rotina diária. Esta associação (ameaça e plano de acção) mostrou-se mais eficaz ao longo do tempo, quando comparada com o medo resultante da ameaça, por si só (Horne & Weinman, 1998).

O modelo de auto-regulação tal como os modelos de cognição social, focaliza-se na representação individual da ameaça à saúde como o factor chave na determinação das variações do comportamento, mas difere destes pela importância que atribui aos processos de avaliação das estratégias de *coping* e do seu efeito de feedback, na cognição, nos sentimentos e emoções e no comportamento.

Segundo este modelo, a pessoa quando confrontada com uma situação de doença, pretende regressar ao seu estado de saúde, reencontrando o equilíbrio anterior ao aparecimento da doença (Edgar. K.A. & Skinner, 2003). A doença é encarada como um problema e o comportamento da pessoa uma tentativa para o resolver. Nesta perspectiva a pessoa é um agente activo na resolução de problemas, que perante uma ameaça à sua saúde desenvolve representações cognitivas dessa ameaça que vão por sua vez determinar o seu comportamento (Petrie & Pennebaker, 2004).

O processo de auto-regulação ocorre assim em três fases: representação cognitiva da ameaça de saúde e do seu significado, que pode ser originada internamente, por exemplo através de sintomas de doença ou externamente através de informações; desenvolvimento e implementação de um plano de acção (estratégias de *coping*), para lidar com a ameaça; e avaliação do plano de acção implementado, podendo esta avaliação resultar num processo dinâmico de modificação e actualização das representações cognitivas (Hagger & Orbell, 2003).

Simultaneamente à activação do processo motivacional focado no problema, o estímulo e a representação de ameaça activam respostas emocionais frequentemente relacionadas com o medo, como a ansiedade e a preocupação ou a raiva e a depressão. Respostas aparentemente irracionais a ameaças à saúde podem ser explicadas pelo facto de o processamento cognitivo e emocional ocorrerem paralelamente.

Resumindo, a percepção de risco individual é mediada por variáveis cognitivas e afectivas. As representações de risco de doença têm cinco componentes principais: identidade, causa, duração, consequências e controlo/cura (Baumann, 2003) e (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001) que, em conjunto com as crenças sobre a eficácia do plano de acção delineado para solucionar o problema, vão condicionar as respostas emocionais e comportamentais da pessoa, destinadas a controlar a ameaça à saúde percebida (Edgar. K.A. & Skinner, 2003).

À luz deste modelo, o comportamento de adesão ou não – adesão, poderá ser a resposta da pessoa à doença, influenciada pelas suas ideias sobre a mesma e pela sua vivência pessoal dos sintomas. A intervenção nos diferentes componentes deste modelo é difícil dada a sua natureza dinâmica, bem como a sua distinção uma vez que é difícil saber se a crença de que a doença não tem consequências graves é uma cognição de doença ou uma estratégia de *coping* da pessoa, negando a gravidade da mesma (Odgen, 2004).

1.3.8. Modelo desenvolvimental

Kristeller & Rodin (1984) propuseram um modelo que prevê a integração de várias teorias, numa perspectiva desenvolvimental. Integrando várias fases de cada um dos modelos anteriores, as autoras consideram, três estádios no processo de participação das pessoas nos cuidados que devem ter consigo próprias: a *concordância* a *adesão* e a *manutenção*. O *estádio 1* ou *concordância* será a medida em que a pessoa numa fase inicial concorda e segue as indicações médicas. O *estádio 2* ou *adesão* consiste na medida em que ela continua o tratamento, com alguma vigilância ou acompanhamento conseguindo ultrapassar as dificuldades. O *estádio 3* ou *manutenção* refere-se à capacidade da pessoa continuar o tratamento proposto, com o qual concordou, sem vigilância integrando-o nos seus hábitos diários ou no seu estilo de vida. A

evolução pelos diferentes estádios refere-se ao controlo que a pessoa tem sobre o regime terapêutico, sendo que logo no primeiro estágio lhe é exigido algum controlo e no último lhe é atribuída quase total autonomia. Os estádios podem ser adaptados a diferentes contextos da prática, com diferentes necessidades no que se refere aos níveis de empenhamento da pessoa na adopção e manutenção de determinado tratamento ou regime terapêutico. Assim, este modelo permite compreender explicar e intervir para melhorar a adesão ao regime terapêutico no contexto de diferentes doenças crónicas, com diferentes exigências ao nível dos comportamentos desejados.

1.3.9 – Modelo IMB (Informação – Motivação – Comportamento)

O Modelo de Informação – motivação – comportamento, mais conhecido pelo acrónimo IMB decorrente da designação Inglesa “ *Information – Motivation – Behavioral Skills*”, de Fisher & Fisher, 1992, resultou da junção de elementos de outros modelos anteriormente desenvolvidos, com o objectivo de criar um modelo simples e generalizável que pudesse ser utilizado para orientar a intervenção dirigida a comportamentos de saúde complexos. Os conceitos fundamentais deste modelo são: a *informação*, ou seja o conhecimento sobre a doença nomeadamente sobre o prognóstico e estratégias específicas para lidar com a mesma; a *motivação* que inclui a atitude individual face à adesão, o suporte social percebido, para a adopção desse comportamento e as normas subjectivas, ou percepção da pessoa acerca do comportamento dos outros na mesma situação; e o comportamento, que engloba as competências ou habilidades que garantem que a pessoa é capaz de executar as actividades instrumentais inerentes ao comportamento desejado e dispõe do suporte social e das estratégias pessoais de auto-regulação necessárias. Todos os componentes: informação, motivação e comportamento, devem ser orientados ou específicos, para o comportamento de saúde desejado.

Este modelo demonstrou que a informação é um pré-requisito importante, quando se pretende a mudança de comportamento, mas só por si não é suficiente para produzir a mudança. A motivação e o comportamento ou as competências instrumentais são determinantes importantes e independentes, na adopção de comportamentos de adesão. A informação e a motivação são

importantes na aquisição das competências instrumentais, quando estas são necessárias para a adopção do comportamento desejado, mas quando essas competências são simples ou familiares para a pessoa, a informação e a motivação influenciam directamente o comportamento (WHO, 2003). A relação entre informação e motivação é fraca, ou seja uma pessoa muito motivada pode dispor de pouca informação e uma pessoa bem informada pode apresentar-se pouco motivada. Mesmo assim, à luz deste modelo, uma pessoa bem informada e motivada tem maior probabilidade de ser aderente.

1.4. A Adesão ao Regime Terapêutico e a Insuficiência Renal Crónica

Tal como já foi anteriormente referido o regime terapêutico das pessoas com insuficiência renal crónica é complexo e multifacetado envolvendo diferentes componentes, nomeadamente o regime alimentar, o regime medicamentoso, o controlo da quantidade de líquidos ingeridos, a comparência aos tratamentos e a manutenção do acesso vascular. A não adesão poderá condicionar diferentes efeitos e repercussões a diversos níveis, como poderemos verificar a seguir.

O fenómeno da adesão tem sido difícil de estudar, porque são muitas as variáveis envolvidas e não são facilmente mensuráveis.

É geralmente aceite, nomeadamente pelo colégio de Nefrologia, que valores de potássio superiores a 6,0 mEqL e valores de fósforo superiores a 5,5 mgdL, são indicadores de não adesão à dieta. Wolcott et al, 1986 citado por Cristensen & Moran (1998), corroboram esta ideia, referindo que valores elevados de fósforo e potássio são habitualmente interpretados como reflexo de fraca adesão. O excesso de potássio, pode causar náuseas, vómitos, diarreia, entorpecimento e formiguelo, fadiga e bradicardia ou mesmo a morte por paragem cardíaca. Devido aos seus efeitos no músculo cardíaco, pode condicionar alterações no traçado electrocardiográfico, nomeadamente o aparecimento de ondas T elevadas e pontiagudas, alongamento do intervalo PR, alargamento dos complexos QRS e achatamento das ondas P. O excesso de fósforo pode provocar taquicardia, náuseas, diarreia, cólicas abdominais, prurido, tetania muscular e calcificação de tecidos moles.

O ganho de peso interdialítico é geralmente utilizado para definir a adesão ao controlo da quantidade de líquidos ingeridos. Valores superiores a 4% do peso corporal, que numa pessoa com 70 kg, corresponde a cerca de 2,8 kg, indicam fraca adesão.

O excesso de líquidos pode conduzir a insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, dispneia e edema agudo do pulmão, podendo mesmo ser mortal. Um ganho de peso interdialítico, excessivo pode condicionar um tratamento mais agressivo, durante o qual a pessoa tem maior probabilidade de apresentar hipotensão, câibras e mal-estar geral.

A fraca adesão em geral, vai implicar a longo prazo, um agravamento no estado de saúde geral da pessoa, o aparecimento de um maior número de complicações e de maior gravidade, ou seja vai piorar a sua qualidade de vida e aumentar as despesas inerentes à doença e ao tratamento, pois pode também condicionar a possibilidade de transplante e a necessidade de maior frequência e duração dos tratamentos de hemodiálise.

Recentemente, Ribeiro realizou um estudo de revisão da literatura (2000-2006), centrado no sofrimento das pessoas que experimentam uma situação de doença renal crónica e a dependência do tratamento hemodialítico para manter a vida, não tendo encontrado estudos realizados a nível nacional e apenas dois a nível internacional. Constatou que o conhecimento de como o sofrimento se reflecte na vida destas pessoas é insuficiente, pelo que se justificará o seu estudo (P. Ribeiro, 2008). O regime terapêutico e as dificuldades inerentes à sua integração nos hábitos de vida apresentam-se como causas desse sofrimento.

Foram estudados diversos factores relativamente à sua relação com a adesão aos diferentes componentes do regime terapêutico, nesta população. Os estudos que encontramos não são muito recentes, uma vez que a investigação relativamente à insuficiência renal crónica e mais concretamente à hemodiálise, nos últimos anos, tem tido como principal objectivo melhorar a qualidade do tratamento, a eficácia e a biocompatibilidade dos produtos utilizados. Os resultados dos estudos consultados, não diferem muito dos obtidos em outros estudos mais recentes, relativos à adesão ao regime terapêutico no âmbito de outras doenças crónicas. A idade parece ter influência positiva na adesão, ou seja as pessoas mais jovens apresentam comparativamente pior adesão que as mais velhas. No que se refere a outras variáveis sociodemográficas como o sexo, o estado civil e o suporte social, diferentes estudos apresentam diferentes conclusões. Por exemplo, relativamente ao suporte social, os resultados de um estudo realizado por Christensen et al (1992) cit. por Christensen & Moran (1998), indicaram que as pessoas com uma maior percepção de

suporte familiar (maior coesão familiar e menos conflitos), apresentavam significativamente maior adesão aos líquidos do que as que referiam menor suporte familiar. No entanto o suporte familiar não mostrou relação com a adesão à dieta. Outro estudo sugere que uma relação marital estável entre as pessoas do sexo masculino, em tratamento num centro de hemodiálise e as suas esposas está relacionada com maior adesão aos líquidos, mas não à dieta (Somer & Tucker, 1992) cit. por Christensen & Moran (1998).

Christensen, Smith, Turner, Holman, & Gregory (1990), realizaram um estudo com pessoas em hemodiálise e em diálise peritoneal o qual demonstrou que a adesão é maior quanto maior for a congruência entre o tipo de tratamento e o estilo de coping da pessoa, ou seja as pessoas que preferiam ter um papel mais activo no tratamento, apresentavam maior adesão em diálise peritoneal e as que pelo seu estilo de coping preferiam ter um papel menos activo no tratamento, eram mais aderentes em hemodiálise.

Capítulo III - A Educação como Intervenção Terapêutica dos Enfermeiros

O International Council of Nurses (ICN) estima que existam cerca de 12 milhões de enfermeiros no mundo e considera que este número, associado ao facto de os enfermeiros estarem presentes em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e à sua proximidade com os doentes, os coloca numa posição privilegiada para implementar estratégias sustentadas de melhoria da adesão (WHO, 2003). Essas estratégias incluem a educação, mais concretamente a educação para a saúde e intervenções de enfermagem no âmbito do *ensinar*, que permitam à pessoa, enquanto agente intencional de comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos individuais, construir o seu projecto de saúde e exercer efectivamente o seu direito à autodeterminação. “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (Ordem dos Enfermeiros, 2003b, p. 145), prevenindo a doença e promovendo a readaptação, frequentemente através de processos de aprendizagem da pessoa.

1.1. A Evolução dos conceitos de Educação e Saúde

1.1.1. O conceito de educação

O conceito de educação tem evoluído ao longo dos tempos acompanhando a evolução e as necessidades da sociedade. Até aos anos 50 a educação era apenas escolar, consistia na transmissão do conhecimento dos mestres para as crianças e quem não aprendia na infância ficava analfabeto o resto da vida, pois a escolaridade não era obrigatória. A II Guerra Mundial condicionou profundas alterações, mercê da grande evolução tecnológica, que os adultos não eram capazes de acompanhar por não saberem ler, escrever, nem contar. Decorrente deste contexto de reconstrução gerado pelo pós-guerra surgiu a educação de adultos em que estes tiveram a oportunidade de fazer a escolarização básica, para depois responderem às solicitações laborais, aprendendo a trabalhar com as máquinas introduzidas na indústria. Desta necessidade

emerge o conceito de educação profissionalizante, com a qual está conotado o conceito de educação contínua que só mais tarde se alargou a todos os contextos.

Nas recomendações da conferência da ONU para a Educação, Ciência e Cultura realizada em Nairobi, em 1976 a *educação de adultos* designa a totalidade dos processos organizados de educação, seja qual for o seu conteúdo, nível e métodos. Inclui a educação formal e não formal, quer se destine a continuar ou substituir a educação inicial fornecida nas escolas e universidades ou a fornecer formação profissional. Tem como objectivos permitir que os adultos desenvolvam as suas aptidões, enriqueçam os seus conhecimentos e melhorem as suas competências técnicas e profissionais, ou lhes dêem uma nova orientação, fazendo evoluir as suas atitudes e comportamentos, na dupla perspectiva do enriquecimento pessoal e social. Esta nova forma de educação integra-se num projecto global de educação permanente, em que o homem é o agente da sua própria educação, através da interacção permanente das suas acções e da sua reflexão. A educação de adultos é assim, uma das fases do processo educativo, que se pretende único e global desenvolvendo-se ao longo de toda a vida, de modo a permitir que cada indivíduo adquira uma consciência cada vez mais forte de si próprio e do que o rodeia assumindo plenamente o papel social que lhe cabe enquanto trabalhador e cidadão (Delors, 2000). A educação começa a perceber as pessoas como responsáveis pelo seu processo de auto e hetero-crescimento, durante o qual a aprendizagem acontece como resultado da interacção entre todos os indivíduos (Antunes, 2001).

A partir da década de 70, verifica-se uma grande transformação tecnológica, com modificações constantes e rápidas no mundo do trabalho, que exige uma actualização pessoal constante de modo a conseguir adaptar-se e solucionar os novos problemas de uma sociedade em constante mudança. Acentua-se e confirma-se assim a necessidade de criar nas pessoas o gosto de aprender a aprender, tornando-se capazes de acompanhar a rápida evolução tecnológica e científica. Face a este novo desafio da educação, a quarta conferência internacional de educação de adultos, realizada em Paris em 1985, aponta claramente a necessidade de uma educação integral, que inclua o contexto em que a pessoa vive e se desenvolve, ou seja o ambiente e a conjectura socioeconómica. A educação deve definitivamente entender-se como um processo permanente e comunitário, ou seja como um processo do ser humano, que através da diversidade de experiências e acontecimentos que vivência, em diferentes circunstâncias e em interacção com diferentes pessoas, se vai autocriando e aperfeiçoando (Antunes, 2001).

Nesta perspectiva a educação devia ser acessível a todos os seres humanos, no entanto o analfabetismo permanece, como um vasto problema mundial. Tentando reunir soluções para este problema, a UNESCO organiza a Conferência mundial de educação para todos, realizada em 1990, na Tailândia. Desta conferência, que destaca a educação como um direito fundamental de todos os seres humanos, resulta a *Declaração Mundial de Educação para Todos*. A declaração, preconiza a satisfação de necessidades básicas de aprendizagem em todas as faixas etárias, estabelecendo objectivos intermédios que permitem a cada país estabelecer as suas próprias metas de acordo com as suas necessidades específicas.

Continuando a perseguir o ideal da educação permanente e comunitária, para todos os seres humanos, realizou-se a primeira conferência europeia sobre educação de adultos, em 1994, em Atenas. O objectivo desta conferência foi a promoção de medidas favorecedoras da continuidade do processo de educação ao longo da vida, oferecendo às pessoas e às comunidades, não só a oportunidade de aprenderem, mas também e fundamentalmente, a oportunidade de aprenderem a aprender (Antunes, 2001).

O século XX, ficou assinalado por progressos científicos e descobertas notáveis, mas também pela agitação e pela violência, parecendo existir um sentimento de desilusão, uma vez que persistem as desigualdades no mundo, o desemprego e a exclusão social mantêm-se, a humanidade, embora mais consciente dos perigos que ameaçam o seu ambiente natural, ainda não conseguiu encontrar soluções para esses problemas (Delors, 2000). Neste contexto de incerteza e de esperança, surge o Relatório para a UNESCO, da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Neste relatório surge o conceito de educação ao longo da vida, que não é mais que a ideia de educação permanente, repensada e ampliada para dar resposta ao desafio de um mundo em rápida transformação. A comissão adoptou como pilares ou bases da educação quatro aprendizagens fundamentais, em torno das quais a educação se deve organizar: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver juntos. Cada um dos pilares do conhecimento “deve ser objecto de atenção igual por parte do ensino estruturado, a fim de que a educação apareça como uma experiência global a levar a cabo, ao longo de toda a vida, no plano cognitivo e prático, para o indivíduo enquanto pessoa e membro da sociedade” (Delors, 2000, p. 78). Aprender a conhecer significa “adquirir os instrumentos da compreensão” (Idem, p. 77), “aprender a aprender exercitando a atenção, a memória e o pensamento” (Idem, p. 79). Aprender a fazer está mais relacionado com a formação profissional, com a aquisição de

competências práticas, que permitam a mobilização dos conhecimentos para a prática diária, tornando a pessoa apta a trabalhar em equipa e intervir de forma adequada em novos contextos. Esta aprendizagem constitui a base do equilíbrio pessoal e familiar, sendo portanto essencial na manutenção da saúde. Aprender a ser pressupõe uma viagem ao interior de nós mesmos, que cada um se conheça e compreenda cada vez melhor, desenvolvendo a sua personalidade de modo a estar à altura de agir cada vez com maior autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal. Aprender a viver com os outros, representa um dos maiores desafios da educação, porque implica conhecer, compreender e aceitar as diferenças, desenvolvendo competências relacionais e de entreaajuda, cooperação e solidariedade. Esta aprendizagem visa o desenvolvimento de sociedades mais justas e tolerantes, com respeito pelos valores do pluralismo e da paz.

Resumindo, a educação tem por missão “dotar a humanidade da capacidade de dominar o seu próprio desenvolvimento”(Delors, 2000, p. 73), fazendo com que cada pessoa construa o seu próprio destino e contribua para a construção social, “baseando o desenvolvimento na participação responsável dos indivíduos e das comunidades” (Idem,Ibidem).

1.1.2. O Conceito de Saúde

Tal como o conceito de educação também o conceito de saúde evolui ao longo dos tempos e da história, influenciado pela evolução da humanidade e pelos contextos sócio cultural científico e filosófico. Segundo Rodrigues, Pereira, & Barroso (2005) é um conceito difícil de precisar, que depende das percepções de cada pessoa ou comunidade num determinado momento e contexto. Uma referência histórica do novo modo de entender a saúde é a definição da OMS *estado de completo bem-estar físico, psicológico e social* e não apenas a ausência de doença. Esta definição assinala uma ruptura com o modelo biomédico tradicional, ao conceber a saúde como um equilíbrio dinâmico entre vários factores ou dimensões da pessoa e atribuir-lhe uma conotação positiva (J. L. Ribeiro, 2005). Posteriormente a OMS acrescentou que a saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é capaz de realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e lidar com o meio envolvente. Deve ser um recurso para a vida, uma dimensão da qualidade de

vida e não o objectivo de vida das pessoas (Organização Mundial de Saúde, 1986). Estes elementos permitem uma compreensão mais alargada do conceito, que passa do plano individual para o colectivo e inclui o ambiente.

Ao longo da história, foi sendo atribuído às pessoas um papel progressivamente mais activo, na saúde e na prevenção das doenças. No século XIX, época de grandes epidemias e da primeira revolução da saúde, em que se iniciou e desenvolveu a Saúde Pública, a preocupação dos profissionais de saúde foi primeiro com o meio ambiente, passando depois para as pessoas, portadoras e transmissoras dos microrganismos, que tinham de tomar, elas próprias medidas para evitar o contágio. A partir de meados do século XX, os profissionais de saúde começaram a preocupar-se mais com a pessoa que tinha a doença, do que com a doença que existia na pessoa. Começa a constatar-se que diversos factores estavam associados às principais causas de morbilidade e mortalidade atribuindo-se uma importância cada vez maior ao papel do comportamento, nessas causas. Estamos perante o que alguns autores consideraram a segunda revolução da saúde, em que se dirigiu maior atenção para a Promoção da Saúde. Mais recentemente, associada à necessidade de reduzir os custos com a saúde e ao aumento das doenças crónicas, devido em parte ao aumento da esperança de vida, surge a terceira revolução da saúde (J. L. Ribeiro, 2005). Esta passa claramente por melhorar a adesão ao regime terapêutico como forma de otimizar os recursos, diminuir a morbilidade e a mortalidade associada às doenças crónicas, reduzindo os custos e aumentando a qualidade de vida das pessoas.

1.2. A Educação Para a Saúde

O desenvolvimento visa a realização do ser humano enquanto tal, oferecendo infinitas possibilidades, que podem evoluir ao longo do tempo. Contudo, no ponto de vista das pessoas há possibilidades fundamentais sem as quais muitas oportunidades ficarão inacessíveis, como por exemplo ter uma vida longa e com saúde. Assim, na perspectiva do desenvolvimento humano, a educação deve incluir um conjunto de conhecimentos e competências indispensáveis, nomeadamente “em matéria de meio ambiente, de saúde e de nutrição” (Delors, 2000, p. 73).

Educação e Saúde surgem assim como duas vertentes indissociáveis, “a educação é determinante para a construção da cidadania e a apropriação das competências transformadoras e criadoras de condições de vida saudável na Terra” (Rodrigues, et al., 2005, p. 10).

A Educação para a Saúde é parte integrante dos esforços para prevenir as doenças, promover a saúde e otimizar o tratamento. Em 1990, Tonnes citado por Bennett e Murphy (1999, p. 11) definiu-a como “qualquer actividade planeada que promova a aprendizagem relacionada com a saúde ou a doença; isto é, qualquer alteração relativamente permanente na competência ou disposição de um indivíduo”. A promoção da saúde inclui a educação e as medidas económicas, ambientais, sociais e legislativas destinadas a melhorar a saúde das populações. Desde 1978, com a declaração de Alma – Ata - que não fala expressamente de educação para a saúde, mas refere que para poder contribuir para a saúde, a população deve ter conhecimento sobre ela - e a definição das metas de saúde para todos, realizaram-se a nível internacional várias conferências sobre a promoção da saúde, das quais resultaram documentos importantes que de certo modo orientaram a evolução da educação para a saúde, no âmbito da *Promoção da Saúde*. Em 1986, realizou-se a 1ª Conferencia Internacional sobre promoção da saúde, da qual resultou a Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Esta carta salienta, que a Promoção da saúde (tendo por base a definição de saúde da OMS) é da responsabilidade de todos os sectores da sociedade, uma vez que para haver saúde têm que estar garantidas algumas condições básicas como: a paz, o alojamento, a alimentação, recursos económicos, um ecossistema estável, justiça social e equidade. Apela à cooperação e coordenação entre os governos, os profissionais de saúde e toda a comunidade, para uma intervenção global com vista à promoção da saúde através da construção de políticas saudáveis, da criação de ambientes favoráveis, do reforço da acção comunitária, da reorganização dos serviços de saúde, orientando-os não só para a vertente curativa, mas mais para a prevenção e promoção da saúde e finalmente, do desenvolvimento de competências pessoais melhorando a informação a educação para a saúde e reforçando as competências que habilitam as populações para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde. Tal como já referimos quando falamos da evolução do conceito de educação mais uma vez se reforça a necessidade de capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades.

Em 1988, na Austrália, realizou-se a segunda conferência internacional, sobre a promoção da saúde, que seguindo o espírito de Alma – Ata e a carta de compromisso de Ottawa teve como tema central a adopção de políticas públicas saudáveis, nomeadamente na área da agricultura, educação, indústria e comunicação, pois as suas políticas têm grande impacto sobre a saúde das populações, e definiu 4 áreas de intervenção prioritárias: a saúde da mulher, a alimentação e nutrição, o tabaco e o álcool e a criação de um ambiente saudável em colaboração com os movimentos ecológicos.

A terceira conferência realizou-se em Sundsvall, na Suécia em 1991, num contexto de crescente preocupação pública com a ameaça ao ambiente global e foi subordinada ao tema: ambientes favoráveis à saúde. Analisando conjuntamente, a situação da saúde e do ambiente, constatou-se a existência de milhões de pessoas a viver em condições de extrema pobreza e privação e num ambiente degradado, que constituem uma ameaça à saúde e fazem com que o objectivo da saúde para todos se torne difícil de atingir. Assim o caminho apontado nesta conferência consiste em tornar o ambiente físico, social, económico e político propícios à saúde, convocando a participar todos os responsáveis políticos e responsáveis máximos de todos os sectores relevantes da sociedade.

A quarta conferência realizou-se em Jacarta, na Indonésia, em 1997, foi a primeira a realizar-se num país em desenvolvimento e a incluir o sector privado no apoio à promoção da saúde. “Novos protagonistas para uma Nova Era: orientando a promoção da saúde no século XXI”, foi o título da conferência. Esta, permitiu reflectir sobre o que se aprendeu, reanalisar os determinantes da saúde e identificar as direcções e estratégias adequadas para enfrentar os desafios da promoção da saúde no novo século, para o qual definiu cinco prioridades: (1) promover a responsabilidade social para com a saúde, (2) aumentar os investimentos para a fomentar, (3) consolidar e expandir parcerias em prol da saúde, (4) aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz aos indivíduos, capacitando-os para participar de forma consistente nos processos de tomada de decisão e de mudança e finalmente, (5) assegurar uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

Em 2000, realizou-se na Cidade do México a 5ª conferência sobre promoção da saúde: “Rumo a maior equidade”. Os participantes desta conferência constataram que as estratégias de promoção da saúde são eficazes, que apesar dos esforços realizados, persistem muitos problemas que devem ser resolvidos de modo a promover uma situação mais equitativa em termos de saúde

e bem-estar. O aparecimento de novas doenças e as doenças reemergentes, ameaçam os progressos realizados na área da saúde pelo devem manter-se e reforçar as medidas já apresentadas em conferencias anteriores.

A sexta conferência realizou-se em 2005 na Tailândia, da qual resultou a Carta de Banguecoque: “Promoção da Saúde num Mundo Globalizado”. Esta carta identifica as acções compromissos e promessas, necessários para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado através da promoção da saúde. Identifica alguns factores críticos que actualmente influenciam a saúde como o aumento das desigualdades, os novos padrões de consumo e de comunicação, os processos de comercialização, as alterações ambientais a nível global e a urbanização. A globalização impõe novos desafios, mas também novas oportunidades de promoção da saúde.

Concluindo, podemos afirmar que a educação em geral e a educação para a saúde em particular, são ferramentas fundamentais que devem ser utilizadas e aproveitadas pelos profissionais de saúde para melhorar a adesão ao regime terapêutico. Aumentar o conhecimento da pessoa, fornecendo-lhe informações adequadas sobre a doença, conduz a uma maior probabilidade de induzir a adopção de estilos de vida saudáveis. Sendo o estilo de vida um importante determinante da saúde, que pode assumir um papel de maior importância que os cuidados prestados pelos profissionais, no tratamento e/ou controlo de diversas doenças, educar as pessoas sobre a eficácia dos tratamentos pode ser uma forma de melhorar o seu comportamento de adesão.

1.3. A Intervenção Terapêutica dos Enfermeiros

A não adesão foi reconhecida pela NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) como um diagnóstico de enfermagem, em 1973 (Russel, 2003).

O fenómeno da adesão ao regime terapêutico tem sido uma preocupação dos enfermeiros e uma área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2003a). Este foco de atenção dos enfermeiros é utilizado para descrever necessidades de cuidados de enfermagem, da pessoa,

família ou comunidade, expressa nos diagnósticos de enfermagem *adesão ao regime terapêutico não demonstrada*, ou *capacidade para gerir o regime comprometida*, tendo por base a versão Beta 2 ou a versão 1 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, respectivamente. O diagnóstico de enfermagem, *capacidade para gerir o regime comprometida*, refere-se a uma necessidade de cuidados em que a pessoa perante o confronto com a doença tem que criar disposições individuais, para adoptar comportamentos e realizar actividades destinadas a controlar e a minimizar o impacto da doença na sua vida, a longo prazo. Tal como já anteriormente referimos, o aparecimento de uma doença crónica implica frequentemente a modificação dos hábitos de vida e o recurso a esquemas terapêuticos, que a pessoa não é capaz de integrar no seu dia-a-dia, resultando daí, riscos para o seu projecto de saúde. A primeira condição para que alguém altere ou adopte comportamentos adequados à sua nova condição de saúde é possuir informação sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer para mudar. A ineficácia da gestão do regime terapêutico está fundamentalmente associada a esquemas terapêuticos complexos, défice de conhecimentos e habilidades para gerir as indicações terapêuticas, integrando-as nas actividades do dia-a-dia, exigências excessivas sobre a pessoa e a demora ou ausência de resultados positivos atribuíveis à proposta de tratamento. São exemplos de dimensões do regime terapêutico que requerem a adaptação da pessoa, os hábitos alimentares adequados, a gestão da medicação e o controlo da quantidade de líquidos ingeridos, entre outros. Assim são indicadores de capacidade para gerir o regime, por parte da pessoa: a descrição da dieta adequada à sua condição de saúde; a descrição do regime medicamentoso; a descrição das estratégias adequadas para controlar a quantidade de líquidos; a descrição e capacidade de confeccionar os alimentos de modo a eliminar o potássio, entre outros (Johnson, Maas, & Moorhead, 2004).

A este diagnóstico principal, e no âmbito do regime terapêutico adequado para a pessoa com insuficiência renal crónica em diálise, poderão associar-se outros como o *conhecimento diminuído sobre hábitos alimentares adequados*, *conhecimento diminuído sobre o regime medicamentoso*, *conhecimento diminuído sobre o controlo da quantidade de líquidos* e *potencial para o desenvolvimento de capacidade para confeccionar os alimentos de modo a eliminar o potássio*, entre outros.

Analisando as características definidoras deste foco da prática de enfermagem, a gestão do regime terapêutico está comprometida quando não se verifica a implementação de actividades na vida diária, que são essenciais para a prevenção ou tratamento da doença. Para que essas

actividades sejam integradas na rotina diária é necessário que a pessoa tenha conhecimento sobre a doença e o regime terapêutico, de modo a saber o que dela se espera e que adquira o domínio de habilidades práticas associadas ao treino, ou seja a aprendizagem de capacidades que lhe confirmem competência para lidar do ponto de vista instrumental, ou técnico, com a sua condição de saúde. Assim, as intervenções de enfermagem serão fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar.

A partir deste foco de atenção, produzem-se indicadores de qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente indicadores de processo, como a percentagem de casos de não adesão ao regime terapêutico, num determinado período e indicadores de resultado, como os ganhos em conhecimento sobre as várias dimensões do regime terapêutico, nomeadamente o regime medicamentoso, a dieta, o controlo da quantidade de líquidos ingeridos, entre outros. Estes indicadores, que são outputs da documentação dos enfermeiros, traduzem a sua actividade profissional (Petronilho, 2009).

De acordo com o WHO Adherence Meeting, 2003 os enfermeiros devem incluir nas estratégias para melhorar a adesão:

- A colheita de dados sobre os comportamentos de adesão, recorrendo a questões não ameaçadoras que lhe permitam perceber se a pessoa adere ou não e em que vertentes do regime terapêutico;
- Questionar a pessoa sobre os efeitos secundários da medicação e as suas consequências na qualidade de vida;
- A educação para a saúde, nomeadamente o conhecimento sobre a doença, sobre o tratamento e sobre o modo como este poderá ajudar. A importância de aderir ao regime terapêutico, possíveis efeitos secundários e estratégias para lidar com eles;
- Sugerir ou orientar a pessoa para utilizar estratégias que facilitem a adesão ao regime medicamentoso como horários detalhados que integrem os horários da medicação nos seus hábitos diários e recorrer a caixas de medicação com horários ou alarmes de modo a evitar os esquecimentos;
- Recordar e reforçar os comportamentos de adesão, através de diagramas e gráficos que mostrem o impacto da adesão nos marcadores clínicos da doença, como é o caso dos valores analíticos de potássio e fósforo para as pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise;

- Encorajar a pessoa a manter relações terapêuticas com os profissionais de saúde e a falar com grupos de pares e suas famílias;

As estratégias apresentadas, são apenas exemplos do que poderá ser a intervenção dos enfermeiros para melhorar a adesão ao regime terapêutico, como poderemos concluir dos diversos modelos desenvolvidos ao longo do tempo para orientar a prática profissional dos enfermeiros e que com maior ou menor profundidade e relevância fazem parte do plano de estudos de todos os cursos de enfermagem.

1.3.1. A relação enfermeiro /doente

A relação doente / profissional de saúde tem sido considerada por alguns autores como preditiva da adesão (Brannon & Feist, 1996) e (Sarafino, 2002).

Este tem sido um tema bastante estudado e a sua importância tem sido considerada crucial por alguns investigadores, chegando a afirmar que a relação entre a pessoa e o profissional de saúde constitui a “espinha dorsal” de todo o tratamento médico (Straub, 2005). As razões apontadas são as seguintes: 60 a 80% das decisões médicas relativas ao diagnóstico e tratamento resultam da informação obtida no contacto individual com a pessoa; os profissionais de saúde e a pessoa doente, nem sempre partilham o mesmo ponto de vista de eficácia do processo (doença e tratamento); a qualidade da relação que se estabelece entre a pessoa e os profissionais de saúde, desempenha um papel importante na promoção da adesão ao regime terapêutico (Morris, 2001).

A qualidade da relação está intimamente relacionada com a comunicação, nomeadamente com as competências de comunicação dos profissionais de saúde. A informação e comunicação em saúde revestem-se de particular importância, porque podem influenciar significativamente a avaliação que as pessoas doentes fazem da qualidade dos cuidados, a adaptação psicológica à doença e a adopção de comportamentos de adesão (Teixeira, 2004). Assim a qualidade da comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa doente, acerca da sua doença e tratamento pode influenciar vários comportamentos relacionados com a saúde, cruciais para a recuperação de uma doença aguda ou na gestão de uma doença crónica.

A relação entre comunicação e adesão não é directa, mais informação não significa obrigatoriamente maior adesão, mas é um pré-requisito fundamental, sendo necessário que a pessoa entenda as informações que lhe são transmitidas e que as retenha na memória. O que significa que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, na transmissão das informações necessárias sobre a doença e o tratamento devem utilizar uma linguagem clara, adaptada à pessoa a quem a mensagem se destina e recorrer a outras técnicas disponíveis, além da transmissão oral, que facilitem a memorização, como os panfletos, imagens e filmes entre outros. Para Teixeira (2004), são requisitos fundamentais de uma comunicação eficaz em saúde, que a mensagem seja clara, compreensível, possível de ser recordada, consistente ao longo do tempo, credível e personalizada. Assim é importante que a informação fornecida seja à medida das necessidades da pessoa no momento, adaptada ao seu nível cultural e estilo cognitivo, ou seja, adaptada às suas características individuais.

Outro aspecto, com relevância para o exercício profissional dos enfermeiros e que pode influenciar a adesão, é a satisfação das pessoas com os cuidados de saúde, uma vez que a avaliação da qualidade dos cuidados prestados, feita pelas pessoas doentes, baseia-se essencialmente na avaliação das competências comunicacionais dos técnicos de saúde com os quais interagem e se relacionam. Assim, os profissionais de saúde que estabelecem contacto visual, sorriem, brincam e demonstram interesse pelo bem-estar da pessoa, facilitam a adesão (Brannon & Feist, 1996), os que adoptam uma postura mais autoritária, dificultam a adesão, mesmo quando as pessoas doentes lhes reconhecem competência técnica. Neste caso, os aspectos fundamentalmente relacionados com os elementos não verbais da comunicação, essenciais na expressão de emoções, são os mais valorizados.

O enfermeiro sendo o profissional de saúde que está mais tempo com o doente, uma vez que são os enfermeiros que garantem o acompanhamento e vigilância das pessoas doentes nas 24 horas, tem grande responsabilidade e oportunidade de estabelecer esta relação empática, entendendo-se empatia como a capacidade de se relacionar colocando-se no lugar do outro. Esta relação exige que o enfermeiro utilize os elementos não verbais da comunicação e desenvolva competências que lhe permitam perceber os sentimentos do doente e comunicar-lhe compreensão. Fernandes (2008), alerta-nos ainda para as questões do poder no relacionamento entre profissionais e doentes. Num estudo realizado num serviço de nefrologia, procurando descobrir a dinâmica de relacionamento entre os profissionais e as pessoas com insuficiência

renal em diálise, concluiu que há alguma não-aceitação por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, relativamente ao questionamento sobre as decisões terapêuticas por parte de alguns doentes. Esse questionamento, representa um desafio ao poder/saber médico, que não reconhece à pessoa capacidade nem conhecimento para discutir as decisões terapêuticas, em situação de igualdade. No que se refere à adesão ao regime terapêutico, segundo os resultados deste estudo, os profissionais dividem as pessoas em cumpridores e não cumpridores, o que mais uma vez se baseia na ideia de poder dos profissionais, que sabem o que é certo ou errado e o que é melhor para a pessoa, devendo esta cumprir o que lhe é recomendado. As pessoas doentes vêem-se como colaboradores e não como cumpridores, mostrando-se alheias a esta dicotomia (M. A. Fernandes, 2008).

Os enfermeiros têm sido o grupo profissional que ao longo dos anos tem demonstrado maior preocupação com estas questões do poder dos profissionais de saúde assumindo muitas vezes a defesa das pessoas doentes, reclamando o seu direito a tomar decisões informadas e apoiando-as nas decisões relativas ao seu próprio projecto de vida e de saúde.

De acordo com o enquadramento conceptual da profissão, cada pessoa é um ser social único e indivisível, com dignidade própria, em interacção com o ambiente, modificando-o e sofrendo a influência dele no processo incessante de procura de equilíbrio e harmonia. É agente intencional de comportamentos e também centro de processos não intencionais, as funções fisiológicas, que mesmo sendo não intencionais sofrem a influencia do todo (biológico, psicológico, social e espiritual).

O exercício profissional dos enfermeiros centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa/família/comunidade. A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel (Ordem dos Enfermeiros, 2003b).

A relação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa (doente ou não) é indissociável da componente técnica dos cuidados sendo indispensável para o êxito dos mesmos.

Esta relação tem sido alvo de diversos estudos por parte das teóricas de enfermagem, uma vez que é a essência dos cuidados de enfermagem.

Em 1990, surgiu pela primeira vez, definido claramente e numa base científica, o papel relacional do enfermeiro, com a obra de Peplau “ The interpersonal relations in nursing”. Posteriormente foram desenvolvidas, por diversos autores, outras teorias centradas na intervenção

relacional terapêutica, que se agruparam na chamada “escola da interação”. Esta problemática, da relação enquanto instrumento terapêutico alargou-se às restantes teorias de enfermagem e está presente em todas elas, sendo particularmente evidente na teoria de Jean Watson (M. J. Lopes, 2006).

Jean Watson (Patton, Barnhart, Bennett, Porter, & Sloan, 1999) desenvolveu uma teoria de exercício profissional dos enfermeiros baseada em dez factores cuidadosos, dinâmicos e intimamente ligados com as pessoas que participam na relação de cuidados. A autora defende que a arte de cuidar em enfermagem só pode demonstrar-se e praticar-se com eficácia de forma interpessoal, exigindo-se a qualidade humana e humanizadora de olhar os outros e a nós próprios com gentileza e dignidade.

Mais recentemente, Lopes (2006), apresentou uma proposta de teoria de médio alcance explicativa da relação enfermeiro doente, que resultou de um estudo de investigação sobre a prática clínica dos enfermeiros na relação com doentes oncológicos submetidos a quimioterapia, num hospital de dia. Esta teoria tem como componentes fundamentais: *a natureza da relação*, que engloba o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica de enfermagem; *o processo de relação* em si, que compreende três fases sequenciais: o princípio da relação, o corpo e o fim da relação. É no corpo da relação que se desenvolve o essencial do processo de intervenção terapêutica, na interdependência entre os cuidados técnico-instrumentais, a gestão dos sentimentos e a gestão da informação (M. J. Lopes, 2006).

A interação que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa é uma relação terapêutica que, mesmo não sendo intencional, tem repercussões no seu comportamento a vários níveis, nomeadamente no comportamento de adesão.

De acordo com Patrícia Benner (2001), os cuidados de enfermagem têm sete domínios distintos: a função de ajuda, a função de educação, a função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização do doente, a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida, a administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos, assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde e as competências no âmbito da organização dos serviços de saúde.

Os dois primeiros domínios, a função de ajuda e a função de educação e de guia, são fundamentais quando pretendemos melhorar a adesão ao regime terapêutico.

A função ou papel da ajuda consiste em criar um ambiente propício a uma relação favorecedora de recuperação, ou de readaptação a uma nova condição de saúde e adesão ao regime terapêutico. Assegurar o conforto da pessoa e preservar a sua personalidade face à dor, estar com ela e levá-la a participar para que controle o regime terapêutico; escolher as estratégias adequadas para controlar e gerir os diferentes tipos de dor, comunicar através do toque. Apoiar não só a pessoa mas a família orientando-as nos processos de mudança emocional e física, agindo como mediador psicológico e cultural.

A função de educação é um dos domínios fundamentais dos cuidados de enfermagem. Tradicionalmente são os enfermeiros que informam as pessoas acerca do que devem esperar da doença, do tratamento ou da intervenção cirúrgica, corrigem as más interpretações e dão as explicações necessárias para esclarecer as dúvidas que as pessoas lhes colocam, tornando um pouco mais familiar, tudo o que a assusta ou lhe é estranho. Na realização desta intervenção, os enfermeiros utilizam todos os seus recursos pessoais como a atitude, o tom de voz, o humor e a competência, pois é necessário saber quando é que a pessoa está pronta para aprender, ajudá-la a interiorizar as implicações da doença e do tratamento no seu estilo de vida. É necessário saber e compreender como é que ela interpreta a sua doença, fornecer-lhe uma interpretação e razões para aderir ao tratamento, bem como tornar abordáveis e compreensíveis todos os aspectos relativos à sua doença, mesmo os culturalmente considerados tabu (Benner, 2001).

1.3.2. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Se entendermos a promoção da saúde numa perspectiva abrangente, a mudança de estilos de vida e adopção de hábitos saudáveis corresponde à prevenção primária. A adesão ao regime terapêutico, necessária para viver com a doença crónica, será outro aspecto da promoção da saúde que corresponde à prevenção terciária ou reabilitação e adaptação a uma nova condição de saúde

O modelo de promoção da saúde de Nola Pender (1987), que integra a psicologia social e uma perspectiva holística de enfermagem (Tillett, 1999), poderá ser utilizado como modelo de análise, para entender e explicar o fenómeno da adesão, orientando a acção dos enfermeiros.

Este modelo congrega aspectos de várias teorias e modelos de mudança comportamental, frequentemente utilizados no âmbito da adesão ao regime terapêutico, nomeadamente a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura, na medida em que defende a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamento, salientando as crenças de auto-eficácia; e a teoria da acção racional de Fishbein, de acordo com a qual o comportamento depende de atitudes pessoais e normas sociais. É um modelo de construção semelhante ao modelo de crenças de saúde, mas “não inclui o medo ou a ameaça como fonte de motivação para o comportamento de saúde” (Sakraida, 2004, p. 701). Parte do pressuposto que a saúde é um estado positivo e por isso todas as pessoas pretendem alcançá-la, sendo o modo como cada pessoa define a sua própria saúde, mais importante do que o conceito genérico.

A pessoa é o centro deste modelo e expressa-se de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos e perceptivos individuais e de acordo com os factores modificantes a que é exposta.

É um modelo individual (não se aplica a grupos), que pode potencialmente aplicar-se ao longo de todo o ciclo vital, para explicar a mudança de comportamento e que tem como conceitos principais: *factores cognitivo-perceptivos* que incluem a importância da saúde, o controlo percebido da saúde, a auto-eficácia percebida, a definição de saúde, o estado de saúde percebido, os benefícios percebidos resultantes da adopção de determinado comportamento e os obstáculos que a pessoa percebe para realizar a acção; *factores modificadores* como as características demográficas, as características biológicas, as influências interpessoais, factores situacionais e factores comportamentais.

Os factores cognitivo-perceptivos são mecanismos primários de motivação e “os principais determinantes dos comportamentos de promoção da saúde” (Sakraida, 2004, p. 704). Outros factores pessoais, como a idade, o sexo ou a educação podem também influenciar de forma indirecta o comportamento adoptado.

Posteriormente, em 1996, o modelo foi revisto, algumas variáveis foram retiradas outras foram reposicionadas e outras adicionadas, nomeadamente a *actividade relacionada com a apresentação*, o *compromisso com um plano de acção* e a *procura e preferências concorrentes imediatas*. Resumindo, o modelo aperfeiçoado, centra-se em dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde, agrupadas em três grandes grupos: as *características e*

experiências individuais, as cognições e afectação do comportamento e o resultado comportamental, tal como se pode observar na representação esquemática do modelo.

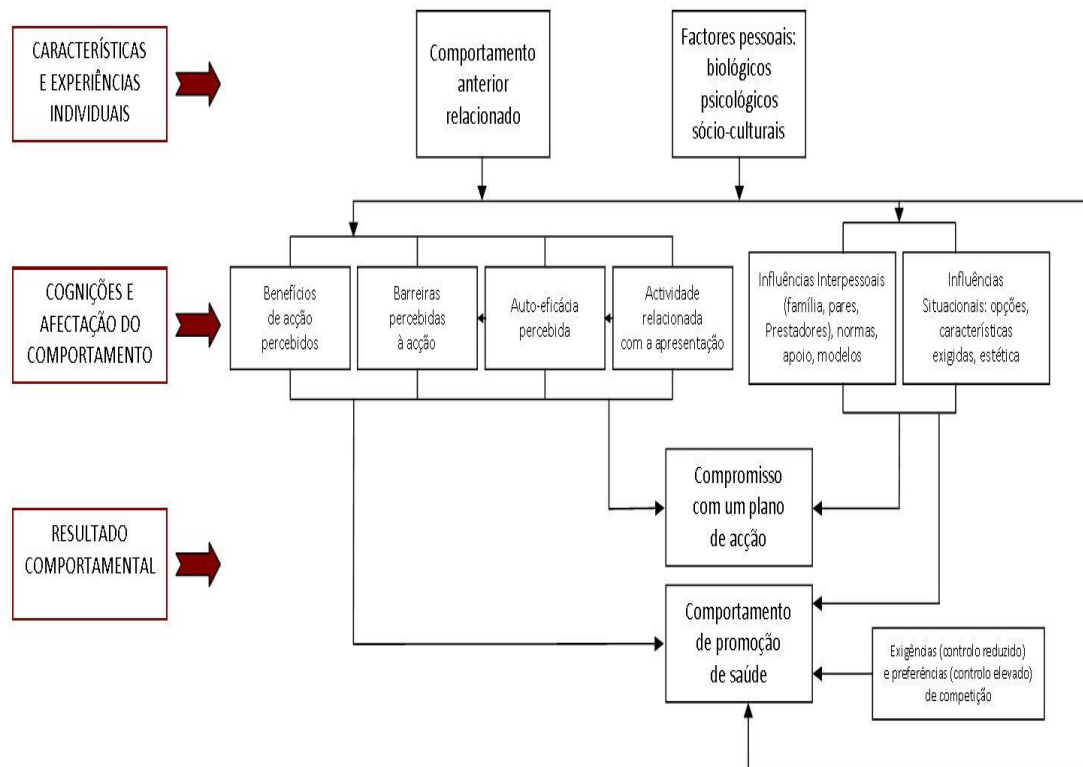


Figura 3 - De Pender, N. J. (1996). Modelo de Promoção de Saúde Revisto, Health promotion in nursing practice (3 ed.). Stamford: Pearson Education.

As *características e experiências individuais* incluem as categorias: comportamento anterior relacionado e factores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais.

Constituem *cognições e afectação do comportamento*, modificáveis através das intervenções de enfermagem: os benefícios percebidos da acção; as barreiras percebidas à mesma; a auto-eficácia percebida; a actividade relacionada com a apresentação; as influências interpessoais nomeadamente da família, pares e prestadores de cuidados, bem como as normas, apoios e modelos; as influências situacionais como as opções, a estética e as características exigidas.

O *resultado comportamental* refere-se às exigências e preferências de competição e ao compromisso com um plano de acção.

As dez categorias referidas, que iremos definir sucintamente, relacionam-se entre si de forma dinâmica e conduzem ao *comportamento de promoção de saúde* desejado. São as seguintes:

- *Comportamento anterior relacionado* refere-se a comportamentos semelhantes do passado, que podem condicionar o comportamento actual;
- *Factores pessoais biológicos*, referem-se à idade, sexo, índice de massa corporal e força, entre outros; *psicológicos* como a auto-estima, a auto-motivação o estado de saúde percebido e a definição pessoal de saúde; *socioculturais*, que incluem variáveis como a raça, etnia, aculturação, educação e estatuto socioeconómico;
- *Benefícios da acção percebidos* são resultados positivos antecipados pela pessoa em consequência do comportamento de saúde;
- *Barreiras percebidas à acção* são dificuldades antecipadas pela pessoa, que podem ser reais ou imaginadas e custos pessoais da realização do comportamento;
- *Auto-eficácia percebida* é a avaliação pessoal da capacidade de realizar determinado comportamento de promoção de saúde e influencia as barreiras percebidas à acção, sendo que quanto maior a auto-eficácia percebida, menores as barreiras à adopção do comportamento de promoção de saúde desejado;
- *Actividade relacionada com a apresentação* refere-se aos sentimentos subjectivos positivos ou negativos associados pela pessoa ao comportamento, antes, durante ou após o mesmo. Há uma associação positiva entre a actividade relacionada com a apresentação e a auto-eficácia percebida;
- *Influências interpessoais* ou conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes de outros. Incluem as normas, o apoio social e a modelagem ou aprendizagem vicariada. A família, o grupo de pares e os profissionais de saúde são fontes primárias de influências interpessoais;
- *Influências situacionais* são as percepções ou conhecimentos da pessoa, sobre determinada situação ou contexto e que podem facilitar ou dificultar o comportamento, directa ou indirectamente. É o caso da percepção pessoal sobre as

opções disponíveis, o nível de exigência do comportamento de saúde desejado e aspectos estéticos do ambiente onde ele se realiza;

- *Compromisso com um plano de acção* refere-se à intenção e compromisso da pessoa com uma estratégia planeada que conduz à adopção do comportamento de saúde esperado;
- *Exigências e preferências de competição imediatas* em que as exigências se referem a comportamentos alternativos sobre os quais a pessoa tem pouco controlo, devido a contingências como o trabalho e as responsabilidades familiares. As preferências de competição são os comportamentos alternativos sobre os quais a pessoa tem maior controlo, como a escolha dos alimentos para uma refeição ou lanche;
- *Comportamento de Promoção da saúde* é o resultado final de toda a intervenção, ou seja o comportamento que conduz a resultados de saúde positivos. São comportamentos de promoção de saúde seguir uma dieta saudável ou seja uma dieta adequada à sua condição de saúde, exercício físico regular, vigilância de saúde, sono e repouso adequados, seguir o regime medicamentoso como prescrito, entre outros.

Os principais pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde, realçam o papel activo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde, reflectindo a perspectiva das ciências comportamentais:

1. As pessoas procuram criar condições de vida que lhes permitam exprimir o seu potencial de saúde humano, único.
2. As pessoas têm consciência reflexiva e de apreciação das próprias competências.
3. As pessoas valorizam o crescimento que entendem positivo e procuram um equilíbrio pessoalmente aceitável entre a mudança e a estabilidade.
4. As pessoas procuram auto-regular o seu comportamento.
5. As pessoas interagem com o ambiente, transformando-o e sendo transformadas por ele.
6. Os profissionais de saúde integram o ambiente interpessoal com influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital.
7. A reconfiguração dos padrões de interacção pessoa-ambiente, deve ser auto-iniciada e é essencial à mudança de comportamento.

Este modelo, que pretende descrever a natureza multifacetada das pessoas em interacção com o meio onde se inserem enquanto procuram a saúde, é muito relevante para a prática de enfermagem, porque se aplica em diversos contextos e ao longo do ciclo vital. É um modelo de médio alcance simples e generalizável a populações adultas, como é o caso das pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise, que nos propusemos estudar.

Do modelo de promoção da saúde, de Nola Pender (2002) emergem alguns princípios com relevância para o exercício profissional dos enfermeiros, no que se refere à promoção da saúde, que tal como a definimos inclui a adesão ao regime terapêutico:

- O comportamento anterior e as características, herdadas ou adquiridas, influenciam as crenças das pessoas e o seu envolvimento no comportamento de saúde ou no comportamento de adesão, desejado;
- As pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais prevêem benefícios;
- As barreiras ou obstáculos percebidos dificultam todo o processo que conduz ao comportamento desejado;
- A auto-eficácia percebida aumenta a probabilidade de compromisso com um plano de acção e com a adopção do comportamento;
- Quanto maior a auto-eficácia menos barreiras percebidas e maior probabilidade de adoptar o comportamento desejado;
- Emoções positivas associadas a determinado comportamento, aumentam a auto-eficácia, que por sua vez vai aumentar ainda mais a apresentação positiva, a probabilidade de compromisso com um comportamento de promoção da saúde e de implementação do mesmo;
- As pessoas comprometem-se e adoptam comportamentos de promoção da saúde, mais facilmente se observam esse comportamento nas pessoas que lhe são significativas e se estas o esperam de si e lhe prestam a ajuda e apoio necessários;
- A família, o grupo de pares, os prestadores de cuidados de saúde e o contexto podem influenciar positiva ou negativamente a adopção de comportamentos de promoção de saúde, ou de adesão ao regime terapêutico;
- Quanto maior o compromisso da pessoa com determinado comportamento maior a probabilidade de o manter ao longo do tempo;

- Quando as exigências de competição, sobre as quais a pessoa tem pouco controlo, exigem atenção imediata, é menos provável que o compromisso com um plano de acção resulte no comportamento desejado, o mesmo se passando quando outras acções são mais atraentes e portanto preferidas à adopção do comportamento desejado;
- As pessoas podem alterar, o conhecimento, a apresentação e o contexto (ambiente físico e interpessoal) para criar incentivos à adopção de comportamentos de promoção da saúde.

Centrando-nos na adesão ao regime terapêutico, das pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise, tendo por base este modelo, iremos referir os aspectos que no nosso entender são fundamentais em cada uma das fases do processo de cuidados de enfermagem. Assim, a colheita de dados, ou avaliação inicial deve ser orientada de modo a obtermos o maior conhecimento possível sobre a pessoa, e o contexto familiar e social onde ela se insere. Importa conhecer o seu conceito de saúde e de doença, as suas crenças de saúde, a importância que atribui à doença e ao tratamento, o seu passado de adesão, as suas crenças de auto-eficácia relativamente ao regime terapêutico, as barreiras percebidas à adopção do comportamento desejado, avaliar o seu conhecimento sobre a doença e sobre o regime terapêutico, avaliar a sua capacidade para gerir o regime terapêutico. Conhecer o sistema familiar, o papel da pessoa na família, a organização das actividades domésticas principalmente no que se refere ao local onde são habitualmente realizadas as refeições (em casa ou fora) e quem habitualmente confecciona os alimentos. Obter informações sobre a actividade profissional da pessoa e as suas redes sociais de apoio. Só com a realização de uma colheita de dados completa e detalhada será possível identificar correctamente os problemas e planear as intervenções mais adequadas a cada pessoa. A fase seguinte: documentar e diagnosticar todos os casos de adesão ao regime terapêutico não demonstrada, bem como o conhecimento não demonstrado ou diminuído sobre o regime alimentar adequado, o conhecimento e a aprendizagem de capacidades não demonstrada sobre as estratégias para controlar a quantidade de líquidos ingeridos, o conhecimento não demonstrado ou diminuído sobre o regime medicamentoso, o conhecimento e a aprendizagem de capacidades não demonstrada sobre métodos de confeccionar os alimentos de

modo a eliminarem o potássio; é fundamental se pretendermos uma abordagem sistemática e profissionalizada do fenómeno da adesão.

A aceitação do estado de saúde, neste contexto de doença crónica também deve ser sistematicamente foco da nossa atenção, pois a reconciliação e aceitação da pessoa face à sua condição de saúde é um pré-requisito fundamental para criar nas pessoas as disposições necessárias à adopção de comportamentos de adesão.

As intervenções de enfermagem, em função dos diagnósticos de enfermagem identificados, serão essencialmente do tipo educar, ensinar, instruir e treinar. O planeamento e implementação das intervenções prescritas, será adaptado às necessidades e características específicas de cada pessoa, aos objectivos que pretendemos atingir e com os quais a pessoa se deverá também comprometer, de modo a aumentar os benefícios percebidos (resultantes da adesão), diminuir as barreiras percebidas ou dificuldades antecipadas pela pessoa para aderir, melhorar a auto-eficácia percebida e otimizar as influências interpessoais e situacionais criando condições favoráveis à adesão.

Este processo, que se deve manter enquanto a pessoa se mantiver em programa regular de hemodiálise, deve ser regularmente monitorizado, avaliado e reformulado de acordo com as necessidades, uma vez que a doença e o tratamento se prolongam no tempo e a adesão é um processo dinâmico.

O sucesso das intervenções destinadas a melhorar a adesão está fortemente ligado à persistência e continuidade das mesmas. Grande parte do tratamento das doenças crónicas em geral realiza-se em contexto domiciliário ou na comunidade. Nesse caso os enfermeiros podem garantir o acompanhamento e monitorização da adesão, fornecendo o suporte e continuidade necessários, através de visitas domiciliárias, telefonemas, mensagens ou emails.

No caso particular das pessoas com insuficiência renal crónica, em programa regular de hemodiálise, estas deslocam-se ao centro de diálise três vezes por semana para realizar tratamento, o que facilita a monitorização e acompanhamento da adesão. O enfermeiro poderá estabelecer com a pessoa relações de parceria que respeitem as suas crenças e opções em relação à adesão ao regime terapêutico e alianças terapêuticas com a pessoa e sua família que garantam o suporte necessário para a manutenção e melhoria da adesão ao longo do tempo. Reportando-nos ao modelo de promoção da saúde de Nola Pender, a relação terapêutica será o meio através do qual os enfermeiros poderão exercer influências interpessoais favoráveis à

adesão. Assim deverão estabelecer uma relação terapêutica intencional e orientada para a melhoria da adesão, integrando os conhecimentos e competências adquiridas pela via da formação pessoal e profissional nomeadamente a formação inicial, a formação ao longo da vida e os conhecimentos e competências adquiridos através da investigação.

Parte II - Estudo Empírico

Capítulo IV – Estudo Empírico

A insuficiência renal, como quase todas as doenças crónicas, tem vindo a aumentar nos últimos anos, bem como os custos e a morbilidade que lhe estão associadas. Como já foi amplamente referido, o seu tratamento é complexo, multifacetado, exige uma grande mudança nos hábitos de vida da pessoa e tem grande impacto na dinâmica familiar. Sendo a hemodiálise, a técnica de substituição renal escolhida, implica que a pessoa se desloque três vezes por semana a um centro de diálise para realizar um tratamento que demora em média quatro horas e que envolve sempre algum mal-estar e/ou dor.

Em Portugal cerca de 90% dos tratamentos de hemodiálise são realizados em clínicas privadas convencionadas, só os restantes 10% são realizados nas unidades dos hospitais públicos (Direcção-Geral da Saúde, 2002).

Os centros, ou clínicas de diálise dispõem de uma equipa multidisciplinar que inclui, enfermeiros, médicos (nefrologistas e clínicos gerais ou outros especialistas), nutricionista, assistente social, empregadas auxiliares, técnicos de manutenção, pessoal administrativo e em alguns casos psicólogo (embora não seja obrigatório por lei).

Além destes profissionais, que se relacionam mais directamente com as pessoas que recorrem ao centro para realizar tratamento, há ainda uma equipa de técnicos responsáveis pela reparação e manutenção dos monitores de diálise e pela manutenção da central de tratamento de água, bem como pela verificação e controlo dos parâmetros de qualidade da mesma.

Os enfermeiros são responsáveis pela execução e vigilância dos tratamentos de acordo com a “estratégia de diálise” prescrita pelo nefrologista. São o grupo profissional, que permanece mais tempo junto dos doentes, o que lhes permite através da construção de uma relação de parceria, assente nas competências de cada elemento, ajudar estas pessoas, ensinando-as e orientando-as para gerir o regime terapêutico.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a “enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Ordem dos Enfermeiros, 2003a). Numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, a ordem dos enfermeiros definiu seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos doentes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem - estar e ao auto cuidado, à readaptação

funcional e à organização dos serviços de enfermagem. Neste sentido, os enfermeiros, individualmente, têm o dever de responder de forma competente ao mandato social da profissão, respeitando os compromissos assumidos e procurando a excelência do exercício.

Conscientes das necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas com insuficiência renal crónica, no que se refere à adesão / gestão do regime terapêutico, e nesta perspectiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, planeamos a presente investigação que tem como finalidade última identificar um conjunto de orientações que permitam aos profissionais de enfermagem influenciar positivamente a adopção de comportamentos de adesão, por parte das pessoas com IRC em programa regular de hemodiálise.

Organizamos e conduzimos dois estudos complementares exploratórios, um de natureza quantitativa e outro qualitativo.

1. Estudo de Natureza Quantitativa

O estudo quantitativo tem como principais objectivos: (1) Caracterizar o comportamento de adesão ao regime terapêutico das pessoas com IRC em programa regular de Hemodiálise há mais de um ano e menos de cinco, numa clínica de Braga; (2) Caracterizar a variação mensal dos dados bioquímicos, das pessoas com IRC em programa regular de Hemodiálise há mais de um ano e menos de cinco, numa clínica de Braga; (3) Descrever as relações entre os diferentes dados bioquímicos; (4) Descrever as variações nos dados bioquímicos em função das variáveis sociodemográficas.

De modo articulado com estes objectivos, procuramos ao longo desta primeira parte da investigação, responder às seguintes questões:

1. Qual é a taxa de adesão ao regime terapêutico das pessoas com IRC em programa regular de Hemodiálise há mais de um ano e menos de cinco, numa clínica de diálise de Braga?
2. Como variam os valores bioquímicos, ao longo do ano?
3. Como se relacionam entre si os valores bioquímicos?
4. Há variação nos valores bioquímicos em função das variáveis sociodemográficas?

O estudo quantitativo, foi planeado e realizado previamente ao estudo de natureza qualitativa, de modo a permitir identificar e delimitar com maior precisão o fenómeno em estudo, nesta população, evidenciando relações entre as variáveis, que de outro modo não se encontravam visíveis.

1.1. Participantes

Participaram no estudo 74 pessoas com insuficiência renal crónica de uma clínica de hemodiálise de Braga.

Definimos como critério único para integrar a amostra encontrar-se em programa regular de hemodiálise, há mais de um ano e menos de cinco anos. Excluimos as pessoas que fazem diálise há menos de um ano por se encontrarem ainda em período de adaptação. As que fazem há mais de cinco anos, porque as condições em que se realizava o tratamento eram muito distintas das actuais. Trata-se, portanto, de uma amostra de conveniência.

A média de idades dos participantes do estudo é de 63 anos, sendo que o mais idoso tem 86 anos e o mais novo tem 31 anos (Quadro 1).

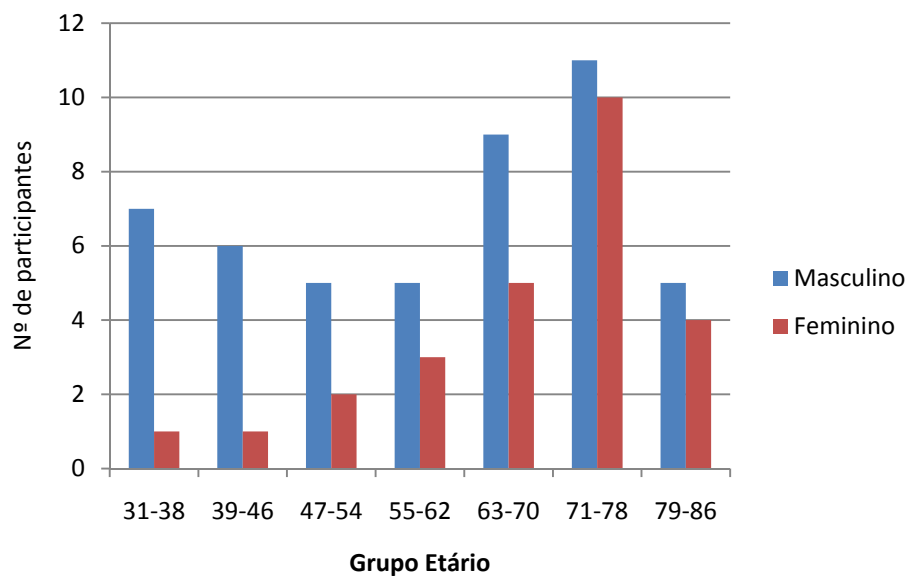
Quadro 1 – Média de idades dos participantes

Idade (anos)	Média	Desvio padrão	Máximo	Mínimo
	62,62	15,25	86	31

Quanto ao sexo, a maioria dos participantes é do sexo masculino 64,9% (n=48) e 35,1% (n=26) do sexo feminino.

Os participantes do sexo masculino são em maior número que os do sexo feminino, salientando-se, contudo, que a diferença entre ambos os sexos é pouco significativa a partir dos 71 anos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes por sexo e grupo etário



A maioria dos participantes do estudo é casada ou vive em união de facto [56,8% (n=42)] (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição dos participantes por estado civil

Estado civil	n	%
Solteiro	15	20,3
Casado /união de facto	42	56,8
Divorciado	1	1,4
Viúvo	16	21,6

Quanto à escolaridade, 64,9% dos participantes (n=48) tem o 1º ciclo e 20,3% (n=15), são analfabetos (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição dos participantes quanto à escolaridade

Escolaridade	n	%
Analfabeto	15	20,3
1º Ciclo	48	64,9
2º Ciclo, 3º Ciclo e Secundário	9	12,1
Ensino Superior	2	2,7

No que se refere à situação profissional, os participantes são predominantemente aposentados [93,2% (n=68)] (Quadro 4).

Quadro 4 – Situação profissional dos participantes

Situação Profissional	n	%
Empregado	4	5,5
Desempregado	1	1,4
Aposentado	68	93,2

Relativamente à profissão, utilizamos a Classificação Nacional de Profissões ao segundo nível de agregação, onde se situam as comparações estatísticas nacionais e internacionais, ou seja ao nível dos Sub Grandes Grupos (Instituto de Emprego e Formação Profissional, 2004). A maioria dos participantes pertence, por ordem decrescente aos seguintes grupos profissionais: trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio (18,9%), empregados de recepção, caixas, bilheteiras e similares (17,6%), operários, artífices e trabalhadores similares das indústrias extractivas e da construção civil (14,9%) e agricultores e pescadores – agricultura e pesca de subsistência (13,5%) (Quadro 5).

Quadro 5 – Profissão dos participantes

Grupo Profissional	n	%
Docentes do ensino secundário, Superior e Profissões similares	1	1,4
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	1,4
Empregados de escritório	1	1,4
Empregados de recepção, caixas, bilheteiras e similares	13	17,6
Pessoal dos serviços directos e particulares, de protecção e segurança	2	2,7
Agricultores e pescadores – agricultura e pesca de subsistência	10	13,5
Operários, artífices e trabalhadores similares das indústrias extractivas e da construção civil	11	14,9
Trabalhadores da metalurgia, metalomecânica e similares	4	5,4
Mecânicos de precisão, oleiros e vidreiros, artesãos, trabalhadores das artes gráficas e trabalhadores similares	2	2,7
Outros operários artífices e trabalhadores similares	5	6,7
Condutores de veículos e embarcações e operadores de equipamentos pesados móveis	3	4,0
Trabalhadores não qualificados dos serviços e comércio	14	18,9
Outros	7	9,4

No que diz respeito à causa da insuficiência renal crónica, esta é de causa indeterminada em 27% dos casos (n=20), existindo depois uma grande variedade de causas, sendo as mais comuns a Nefropatia Diabética, também em 27% dos casos (n=20), seguida das Glomerulopatias [10,8% (n=8)] e da Nefrosclerose hipertensiva [9,4% (n=7)] (Quadro 6).

Quadro 6 – Causa da Insuficiência Renal

Causa da insuficiência Renal	n	%
Nefropatia diabética	20	27,0
Causa Indeterminada	20	27,0
Glomerulopatias	8	10,8
Nefrosclerose hipertensiva	7	9,4
Nefropatia crónica do enxerto	5	6,7
Doença renal poliquística	4	5,4
Nefrite tubulointersticial crónica	3	4,0
PAF	2	2,7
Nefropatia hereditária	1	1,4
Neoplasia renal	1	1,4
Nefropatia de refluxo	1	1,4
Síndrome antifosfolipídico	1	1,4
Trombose das veias renais	1	1,4

Relativamente ao tipo de acesso para diálise, os participantes possuem maioritariamente, fistula arteriovenosa [86,5% (n=64)] e os restantes [8,1% (n=6)] possuem cateter venoso central de longa duração (Quadro 7).

Quadro 7 – Tipo de Acesso vascular

Acesso vascular	n	%
Fístula Arterio -Venosa	64	86,5
Cateter Venoso Central	10	13,5

A diurese residual, é nula para a maioria dos participantes (36,5%), mas 25,7% mantém ainda uma diurese superior a 500 ml (Quadro 8).

Quadro 8 – Diurese residual

Diurese	n	%
Não se aplica	11	14,9
Diurese nula	27	36,5
Diurese até 500 ml	17	23,0
Diurese superior a 500 ml	19	25,7

Concluindo, os participantes do estudo são maioritariamente do sexo masculino, casados, aposentados, com uma idade média de 63 anos e com baixa escolaridade. Estas características podem resultar de diversos factores como a proveniência dos participantes, que são em grande parte provenientes do meio rural (em função da área de abrangência da clínica) e neste caso, a baixa escolaridade dos participantes reflecte a escolaridade média da população em geral, desta faixa etária.

A causa da insuficiência renal é indeterminada para 27% dos participantes, seguindo-se como causas mais comuns as mesmas que se encontram descritas na literatura e que o ministério da saúde aponta como causas mais comuns em Portugal, a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial (Direcção-Geral da Saúde, 2002). A prevalência de Insuficiência renal como complicação tardia de outras doenças crónicas, nomeadamente a diabetes e a hipertensão é consistente com a idade média dos participantes no estudo.

1.2. Instrumentos e Medidas

1.2.1 Ficha sociodemográfica e clínica

A ficha sociodemográfica foi criada com o objectivo de registar os dados necessários à caracterização dos participantes e inclui as variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade e situação profissional.

As características clínicas incluídas foram: a causa da insuficiência renal, o tipo de acesso para diálise (fístula arteriovenosa, cateter venoso central e prótese) e a diurese residual.

1.2.2. Os Valores Bioquímicos como medida de Adesão

A ausência de um método válido de medida da adesão constitui a grande dificuldade da investigação nesta área. Considerando a diversidade e complexidade dos comportamentos que podem estar em causa quando falamos de adesão, compreende-se a dificuldade em encontrar uma “medida” de adesão, já que esta depende da doença, do tratamento e da metodologia utilizada para a medir (Delgado & Lima, 2001).

Os valores bioquímicos permitem medir a adesão com base nos resultados de saúde, tomando como referência os valores analíticos desejáveis para as pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise, definidos pelas *Guide Lines* internacionais, para esta população. São indicadores objectivos e traduzem resultados, embora sejam medidas indirectas. As alterações que se verifiquem nos seus valores não podem ser directamente atribuíveis à adesão/ não adesão ao regime terapêutico. Os resultados podem ser justificados e/ou influenciados por diversos factores, entre os quais estão certamente os comportamentos de adesão/não adesão.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o modo mais adequado para estudar a adesão, será uma abordagem que combine medidas de auto-relato e medidas objectivas razoáveis (WHO, 2003).

Neste estudo usamos os valores bioquímicos, como medidas indirectas objectivas da adesão.

Os valores estudados incluem os seguintes parâmetros:

- Valor analítico mensal de potássio
- Valor analítico mensal de fósforo
- Valor médio mensal de ganho de peso interdialítico
- Valor analítico mensal do indicador, Kt /v.

Os valores analíticos mensais de potássio e fósforo são indicadores da adesão à dieta, sendo o valor de fósforo também um indicador da adesão à medicação, o valor médio mensal de ganho de peso interdialítico é um indicador da adesão à quantidade de líquidos e o Kt/v é um indicador da qualidade de diálise. Os valores de potássio no sangue da pessoa com insuficiência renal em programa regular de hemodiálise, são influenciados pela sua ingestão através dos alimentos. Uma vez que é o rim o responsável pela sua excreção e este não funciona, o potássio acumula-se no sangue, entre uma sessão de diálise e a seguinte.

O controlo dos níveis séricos de fósforo depende da diálise e de factores relacionados com a adesão ao regime terapêutico como as restrições dietéticas e a toma dos medicamentos captadores de fósforo.

O peso adquirido entre diálises ou ganho de peso interdialítico, é provocado pela ingestão de líquidos como a água, sopa, frutas com muito sumo (tudo o que seja líquido e húmido) e não por alimentos sólidos. Controla-se restringindo a quantidade de líquidos ingeridos.

O Kt/v é uma fórmula usada para determinar a “dose” de diálise. Representa uma comparação matemática do volume de sangue isento de ureia durante a diálise com o volume de distribuição da ureia do doente que requer depuração. As variáveis da fórmula são a clearance **K**, o tempo efectivo de tratamento **t** e o volume de distribuição da ureia **v**. Uma dose de diálise adequada satisfaz os requisitos de ser eficaz e suficiente. De acordo com as *Guide Lines* internacionais 1,2 será o valor do Kt/v, que indica uma dose de diálise adequada.

1.3. Procedimento de recolha e análise dos dados quantitativos

Depois de obtida a autorização do Director Clínico e o consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes (Anexo I), iniciamos a recolha de dados no processo clínico individual. A recolha decorreu durante os meses de Dezembro de 2006, Janeiro, Fevereiro e Março de 2007, reportando-se ao período de Janeiro a Novembro de 2006. Todos os doentes realizam colheitas de sangue mensais, habitualmente no início de cada mês. Recolhemos os dados referentes aos valores de fósforo, potássio e Kt/v que fazem parte do protocolo de colheita, dos meses de Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro, Outubro e

Novembro de 2006 dos participantes do estudo. Consultamos ainda as folhas de diálise individuais, onde se encontra registado o “ganho de peso interdialítico”. O valor de “ganho de peso interdialítico” obtém-se calculando a diferença entre o peso apresentado no início da sessão de diálise e o “peso seco”. Este é determinado pelo nefrologista e encontra-se registado na estratégia de diálise. Corresponde ao peso da pessoa sem o excesso de líquidos, que por não serem eliminados pelo rim, se acumulam no seu organismo e são removidos em cada sessão de diálise.

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados e processados utilizando o programa estatístico *Statistical Package of the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. O tratamento estatístico consistiu basicamente na análise descritiva de todas as variáveis em estudo, seguida de análises exploratórias no sentido de investigar o efeito das variáveis sociodemográficas: idade, sexo, escolaridade, profissão e estado civil nos resultados clínicos, traduzidos pelos valores bioquímicos mensais de potássio, fósforo e valor médio mensal de ganho de peso interdialítico. Pretendemos ainda investigar a existência de correlações entre os diversos dados bioquímicos, de modo a responder às questões de investigação inicialmente formuladas:

Qual é a taxa de adesão ao regime terapêutico das pessoas com IRC em programa regular de Hemodiálise há mais de um ano e menos de cinco, numa clínica de diálise de Braga?

Como variam os valores bioquímicos, ao longo do ano?

Existem relações entre os diferentes dados bioquímicos?

Há variação nos valores bioquímicos em função das variáveis sociodemográficas?

Assim, foram realizados os testes estatísticos, R de Pearson e Testes T. O nível de significância utilizado para a interpretação dos testes foi: $p < 0,05$.

1.4. Apresentação e discussão dos resultados do estudo quantitativo

Iremos de seguida, apresentar e discutir os resultados obtidos organizados de acordo com as perguntas de investigação e deixando para o fim a resposta à nossa primeira questão e o relato dos resultados referentes ao comportamento global de adesão, dos participantes no estudo quantitativo. Assim, apresentaremos primeiro os valores analíticos mensais de potássio, fósforo e Kt/v bem como o valor médio mensal de ganho de peso interdialítico, que constituíram os dados

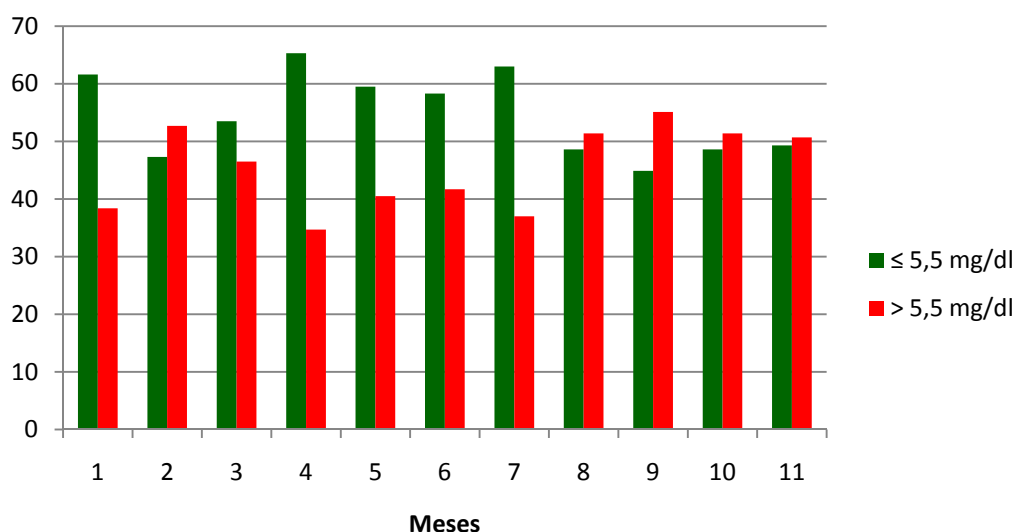
bioquímicos estudados, os testes realizados e as variáveis para as quais foram encontradas relações estatisticamente significativas e finalmente a taxa de adesão ao regime terapêutico.

Em resposta à segunda questão e tal como já foi referido, os dados bioquímicos são na sua maioria (excepto o ganho de peso interdialítico) valores analíticos sanguíneos, resultantes de análises mensais realizadas aos participantes, de acordo com o protocolo em vigor na clínica. As colheitas de sangue são realizadas mensalmente em dias pré definidos, no início de cada mês. Sempre que o n não é igual a 74 indica a existência de *missing values*, correspondentes a participantes que não realizaram as colheitas de sangue por se encontrarem ausentes (internados ou em férias). A coluna *n total* de cada quadro indica o número de participantes que realizaram colheita de sangue e cujos resultados se encontram disponíveis.

Quadro 9 - Valor analítico mensal de potássio

Potássio	n total	≤ 5,5 mg/dl		> 5,5 mg/dl	
		n	%	n	%
Janeiro	73	45	61,6	28	38,4
Fevereiro	74	35	47,3	39	52,7
Março	71	38	53,5	33	46,5
Abril	72	47	65,3	25	34,7
Maio	74	44	59,5	30	40,5
Junho	72	42	58,3	30	41,7
Julho	73	46	63	27	37
Agosto	70	34	48,6	36	51,4
Setembro	69	31	44,9	38	55,1
Outubro	74	36	48,6	38	51,4
Novembro	73	36	49,3	37	50,7

Gráfico 2 - Valor analítico mensal de potássio



Abril, Julho e Janeiro são os meses em que maior número de participantes apresentou valores de potássio inferior a 5,5 mg/dl (65,3%; 63% e 61,6% respectivamente).

Setembro é o mês em que menos participantes tiveram valores de potássio inferiores a 5,5mg/dl (44,9%). Seguido de Fevereiro, Agosto, Outubro e Novembro com 47,3%, 48,6%, 48,6% e 49,3% respectivamente.

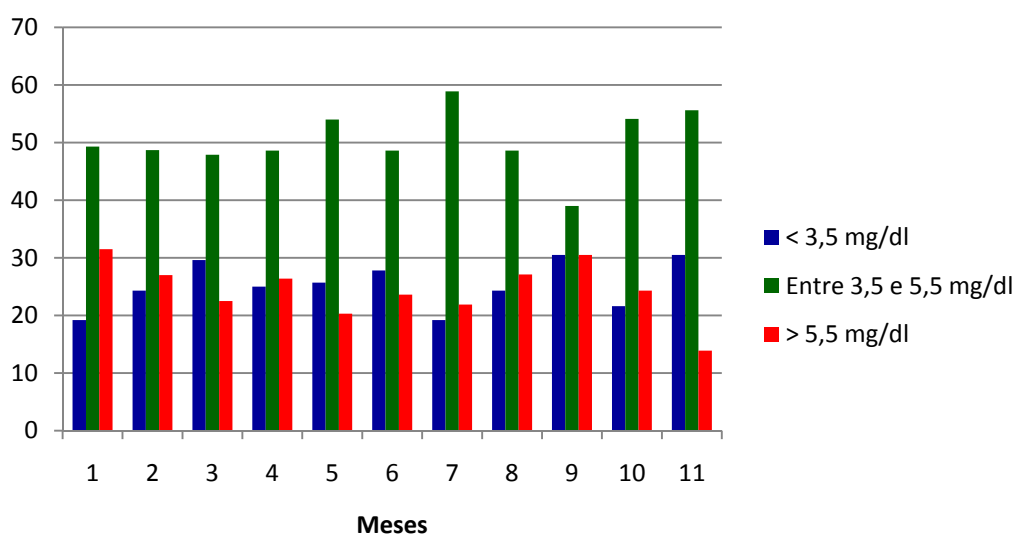
Em princípio, não seria de esperar que Janeiro fosse um dos meses em que maior número de participantes apresentou valores inferiores a 5,5mg/dl, uma vez que se trata de uma época de festas (natal e fim de ano) em que são frequentes os excessos e a alimentação típica desta quadra inclui alimentos muito ricos em potássio como é o caso dos frutos secos. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de haver uma intervenção, pela nutricionista, junto das pessoas com IRC em programa regular de hemodiálise, neste período, que incide especificamente sobre a alimentação na quadra natalícia e em que há um reforço de informação escrita. Já em Fevereiro os resultados são piores o que pode indicar excessos ao longo do mês uma vez que de acordo com o que é a tradição, a fartura que caracteriza a época festiva implica que se encontrem ainda disponíveis, durante algum tempo, alimentos sobrantos da quadra natalícia.

O mês de Setembro é o mês com piores resultados relativamente aos valores de potássio e Agosto é também um mês com maus resultados, o que poderá ser explicado pelo facto de serem períodos de férias, em que as pessoas saem mais e recorrem mais aos restaurantes e/ou a refeições frescas e ligeiras, que incluem as frutas e as saladas, muito ricas em potássio.

Quadro 10 - Valor analítico mensal de fósforo

Fósforo	n total	< 3,5 mg/dl		Entre 3,5 e 5,5 mg/dl		> 5,5 mg/dl	
		n	%	n	%	n	%
Janeiro	73	14	19,2	36	49,3	23	31,5
Fevereiro	74	18	24,3	36	48,7	20	27,0
Março	71	21	29,6	34	47,9	16	22,5
Abril	72	18	25,0	35	48,6	19	26,4
Maiο	74	19	25,7	40	54,0	15	20,3
Junho	72	20	27,8	35	48,6	17	23,6
Julho	73	14	19,2	43	58,9	16	21,9
Agosto	70	17	24,3	34	48,6	19	27,1
Setembro	69	21	30,5	27	39,0	21	30,5
Outubro	74	16	21,6	40	54,1	18	24,3
Novembro	72	22	30,5	40	55,6	10	13,9

Gráfico 3 – Valor analítico mensal de Fósforo



Julho foi o mês em que maior número de participantes apresentou valores de fósforo entre 3,5 e 5,5 mg/dl (58,9%).

Setembro foi o mês em que menor número de participantes apresentou valores de fósforo entre 3,5 e 5,5 mg/dl (39%).

Janeiro foi o Mês em que maior número de participantes apresentou valores de fósforo superiores ao recomendado (31,5%).

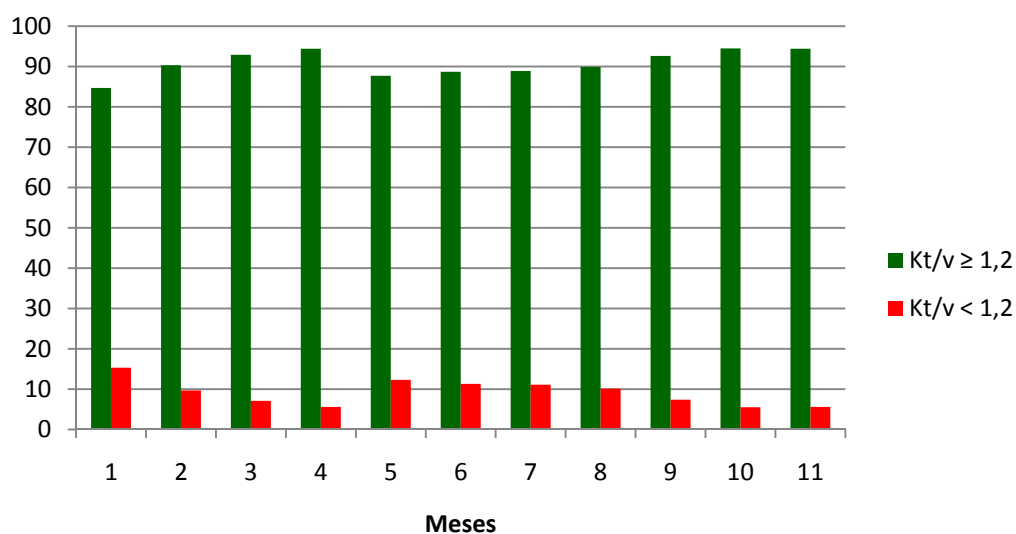
Novembro foi o mês em que maior número de participantes apresentou valores de fósforo inferiores ao recomendado (30,5%).

Os resultados do mês de Setembro relativamente aos valores de fósforo podem, tal como se verifica para os valores de potássio, ser explicados pelo maior recurso a refeições ligeiras, tipo *piquenique*, com aumento do consumo de pão e derivados do leite, ricos em fósforo. Assim como os resultados do mês de Janeiro, com valores de fósforo superiores ao recomendado para um grupo significativo de participantes, podem ser consequência da abundância de alimentos típicos da época natalícia que além de muito ricos em potássio também são muito ricos em fósforo, uma vez que muitos deles são confeccionados com leite e pão, além dos frutos secos.

Quadro 11 - Valor analítico mensal de Kt/v

Kt/v	n total	Kt/v \geq 1,2		Kt/v $<$ 1,2	
		n	%	n	%
Janeiro	72	61	84,7	11	15,3
Fevereiro	72	65	90,3	7	9,7
Março	70	65	92,9	5	7,1
Abril	71	67	94,4	4	5,6
Maiο	73	64	87,7	9	12,3
Junho	71	63	88,7	8	11,3
Julho	72	64	88,9	8	11,1
Agosto	69	62	89,9	7	10,1
Setembro	68	63	92,6	5	7,4
Outubro	73	69	94,5	4	5,5
Novembro	71	67	94,4	4	5,6

Gráfico 4 - Valor analítico mensal de Kt/v

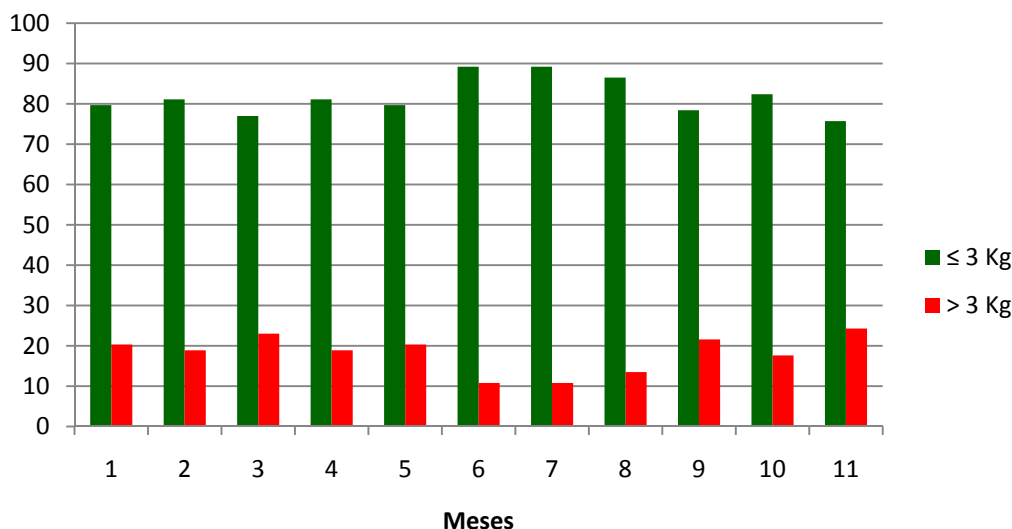


A grande maioria dos participantes (entre 84,7 e 94,5%) apresentou valores de Kt/v superiores a 1,2 durante todo o período do estudo, o que significa que estão a receber a *dose de diálise* adequada.

Quadro 12 - Valor médio mensal de ganho de peso interdialítico

Peso	n total	≤ 3 Kg		> 3 Kg	
		n	%	n	%
Janeiro	74	59	79,7	15	20,3
Fevereiro	74	60	81,1	14	18,9
Março	74	57	77,0	17	23,0
Abril	74	60	81,1	14	18,9
Maio	74	59	79,7	15	20,3
Junho	74	66	89,2	8	10,8
Julho	74	66	89,2	8	10,8
Agosto	74	64	86,5	10	13,5
Setembro	74	58	78,4	16	21,6
Outubro	74	61	82,4	13	17,6
Novembro	74	56	75,7	18	24,3

Gráfico 5 - Valor médio mensal de ganho de peso interdialítico



Mais de 75% dos participantes apresentaram durante os onze meses em estudo, um ganho de peso interdialítico inferior ou igual a 3 Kg.

Junho e Julho são os meses em que maior número de participantes apresentou um ganho de peso interdialítico inferior ou igual a 3 kg (89,2%) e Novembro foi o pior mês com 75,7%.

O ganho de peso interdialítico, indicador da adesão ao controlo da quantidade de líquidos ingeridos, é a variável em que os participantes do nosso estudo apresentam melhores resultados, ao contrário de outros estudos que apontam uma prevalência de não adesão superior para os líquidos em relação à dieta e à terapêutica (Christensen & Moran, 1998). Outros estudos referem que a adesão às recomendações relativas ao controlo da quantidade de líquidos é o mais difícil e stressante componente do regime terapêutico em hemodiálise (Baldree et al., 1982) e (Rosenbaum et al., 1986), citados por Christensen & Moran (1998).

Esta diferença nos resultados, relativamente à adesão ao controlo da quantidade de líquidos ingeridos, pode ser explicada por diversos factores como o facto de 25,7 % dos participantes do nosso estudo, apresentarem uma diurese residual superior a 500ml, possibilitando uma menor restrição na quantidade de líquidos ingeridos e o facto de esta variável ser controlada em todos os tratamentos, o que poderá ter um efeito auto regulador. Outro aspecto importante a referir é o facto de no nosso estudo termos considerado, para calcular o ganho de peso interdialítico, valores médios mensais, o que nos outros estudos encontrados não está explícito. Assim as diferenças nos resultados podem ser originadas pela utilização de diferentes instrumentos de *medida da adesão*.

1.5. Análises descritivas das variáveis em estudo

A análise descritiva implicou a realização de testes estatísticos, nomeadamente os testes de Pearson e os testes T.

No sentido de estudar a relação entre os valores bioquímicos e procurar responder à nossa terceira questão, utilizamos o r de Pearson para avaliar a intensidade e a orientação da relação linear entre as variáveis bioquímicas: potássio, fósforo e ganho de peso interdialítico. O valor de r varia entre -1 e 1 indicando se se trata de uma relação positiva ou negativa. Neste sentido, uma relação positiva terá como consequência a subida ou descida paralela dos valores de ambas as variáveis; numa relação negativa, a subida dos valores de uma variável, implica a descida paralela dos valores da outra variável (Guéguen, 1999).

Considera-se que r menor que 0,2 indica uma associação muito baixa; entre 0,2 e 0,39, uma associação baixa; entre 0,4 e 0,69 uma associação moderada; entre 0,7 e 0,89 uma associação alta; e por fim entre 0,9 e 1, associação muito alta (Pestana & Gageiro, 2003).

Quadro 13 - Correlação entre o Potássio e o Ganho de Peso interdialítico e o Potássio e o Fósforo

Variáveis		r de Pearson	p
Potássio	Peso	0,267	0,036*
	Fósforo	0,376	0,003**

* $P < 0,05$ / ** $P < 0,01$

Pela interpretação do teste realizado, verifica-se que existe uma associação linear positiva entre o potássio e o ganho de peso interdialítico e entre o potássio e o fósforo. A associação entre o potássio e o ganho de peso interdialítico é baixa e positiva ($R = 0,267$; $p = 0,036$), indicando que em média, quando o potássio varia (aumentando ou diminuindo) se verifica uma variação paralela no ganho de peso interdialítico. Verifica-se o mesmo para o fósforo ($R = 0,376$; $p = 0,003$), ou seja existe uma associação baixa e positiva entre o potássio e o fósforo, o que significa que uma subida ou descida dos valores de potássio é acompanhada pela subida ou descida paralela dos valores de fósforo.

Quadro 14 - Correlação entre o Ganho de Peso interdialítico e o Fósforo

Variáveis		R de Pearson	p
Peso	Fósforo	0,302	0,017*

*P<0,05

Existe uma fraca associação linear positiva entre o ganho de peso interdialítico e o fósforo.

A correlação entre o ganho de peso interdialítico e o fósforo é baixa e positiva ($R = 0,302$; $p = 0,017$), indicando que em média, quando o ganho de peso interdialítico aumenta ou diminui se verifica um aumento ou diminuição paralela, do fósforo.

Concluindo, há uma associação linear positiva baixa entre o ganho de peso interdialítico e o potássio e entre o ganho de peso interdialítico e o fósforo; há uma associação linear positiva baixa entre o fósforo e o potássio e entre o fósforo e o ganho de peso interdialítico.

No sentido de estudar a diferença nos valores bioquímicos em função das variáveis demográficas e, desse modo, responder à nossa quarta questão, procedemos ao estudo das diferenças, recorrendo ao *t-student* para amostras independentes.

Aplicou-se sempre que se verificaram os pressupostos de normalidade, para comparar os valores de potássio, fósforo, Kt/v e ganho de peso interdialítico, entre os dois sexos, nos diferentes grupos etários, em diferentes níveis de escolaridade e em função do estado civil.

Sexo

Quadro 15 – Relação entre o Ganho de peso interdialítico, o Kt/v e o sexo

Variáveis	Sexo					
	Masculino		Feminino		Valor do teste	Valor de P
	M	DP	M	DP		
Peso	2,37	0,87	1,92	0,71	2,231	0,029*
Kt/v	1,52	0,21	1,65	0,18	-2,306	0,025*

*P<0,05

M = média; **DP** = desvio padrão

Os homens apresentam em média, ganho de peso interdialítico superior ao das mulheres ($t = 2,231$; $p = 0,029$) e valores de Kt/v inferiores ao das mulheres ($t = -2,306$; $p = 0,025$).

Os valores médios de fósforo e potássio não se correlacionam com o sexo.

Estado civil

Nenhuma das variáveis supramencionadas (valores de potássio, fósforo, Kt/v e ganho de peso interdialítico) se diferencia em função do estado civil.

Escolaridade

A escolaridade foi recodificada em duas categorias, até ao primeiro ciclo e superior ao primeiro ciclo, porque os grupos eram muito pequenos, no entanto os valores de potássio, fósforo, Kt/v e ganho de peso interdialítico, não variam em função da escolaridade.

Quadro 16 – Relação entre o potássio e a idade e entre o ganho de peso interdialítico e a idade

Variáveis	Grupos etários					
	<65 Anos		>65 Anos		Valor do teste	Valor de P
	M	DP	M	DP		
Potássio	5,70	0,57	5,32	0,59	2,594	0,012*
Peso	2,44	0,91	1,99	0,71	2,282	0,026*

*P <0,05

Os participantes mais novos (com menos de 65 anos) apresentam em média, valores de potássio superiores aos dos participantes com mais de 65 anos ($t = 2,594$; $p = 0,012$) e um ganho de peso interdialítico superior ao dos participantes com mais de 65 anos ($t = 2,282$; $p = 0,026$).

Resumindo, verificou-se uma associação positiva, baixa entre o potássio, o fósforo e o ganho de peso interdialítico, o que sugere que, quem for não aderente relativamente à dieta também é tendencialmente não aderente em relação à quantidade de líquidos.

Em relação às variáveis sociodemográficas verificamos que os homens apresentam em média, ganho de peso interdialítico superior ao das mulheres, o que é consistente com outros estudos encontrados (Boyer et al., 1990), (De Geest et al., 1995), (Kiley et al., 1993), (Morduchowicz et al., 1993), citados por Christensen & Moran (1998). Também em relação à idade e consistentemente com outros estudos existentes, (Bame et al., 1993), (Boyer et al., 1990),

(Christensen et al., 1995), (Cummings et al., 1982), (Kimmel et al., 1995), citados por Christensen & Moran (1998), verificamos que os participantes mais novos têm em média valores de potássio e ganho de peso interdialítico superiores aos dos participantes mais velhos.

1.6. Comportamentos de adesão

Apresentamos a seguir um quadro síntese dos valores médios dos onze meses em estudo, dos dados bioquímicos considerados para medir a adesão ao regime terapêutico (Quadro 17).

Quadro 17 - Valores médios dos 11 meses em estudo

	n total	Valores de referência	n	%
Potássio	62	≤ 5,5 mg/dl	32	51,6
		> 5,5 mg/dl	30	48,4
Fósforo	62	<3,5 mg/dl	10	16,1
		Entre 3,5 e 5,5 mg/dl	38	61,3
		> 5,5 mg/dl	14	22,6
Ganho de Peso Interdialítico	69	≤ 3 Kg	60	87
		> 3 Kg	9	13

Verifica-se que o ganho de peso interdialítico (indicador da adesão aos líquidos) foi a variável em que maior número de participantes apresentou valores dentro do intervalo recomendado (87%). O fósforo e o potássio (indicadores da adesão à dieta) apresentam resultados muito semelhantes, ligeiramente melhores para o fósforo (61,3%) do que para o potássio (51,6%).

Considerando como *medida de adesão*, os dados bioquímicos anteriormente referidos, foram definidos critérios de adesão.

Assim foram critérios de adesão apresentar valores de potássio ≤ 5,5 mg/dl, fósforo entre 3,5 e 5,5 mg/dl, Kt/v > 1,2 e média mensal de ganho de peso interdialítico ≤ 3 Kg em pelo menos 9, dos 11 meses em estudo;

Consideramos nove meses, pois entendemos que é suficiente para definir um padrão de comportamento, em termos de adesão e porque os resultados analíticos podem ser influenciados por outros factores, nomeadamente os procedimentos da colheita de sangue e excessos alimentares esporádicos dos participantes, no dia da colheita, que não foram controlados.

Foram excluídos os participantes que não apresentaram valores de Kt/v superiores a 1,2 em pelo menos nove meses [20,3% (n=15)], para excluir a possibilidade de os valores bioquímicos considerados resultarem de uma “dose de diálise” insuficiente.

Quadro 18 – Comportamento de adesão dos participantes

Comportamento	n	%
Aderente	5	6,7
Não aderente	54	73
Kt/v > 1,2 em menos de 9 meses	15	20,3

A taxa de adesão ao regime terapêutico das pessoas com IRC em programa regular de hemodiálise, há mais de um ano e menos de cinco anos, numa clínica de diálise de Braga, no período compreendido entre Janeiro e Novembro de 2006, foi de 6,7%. Verificou-se ainda, para o mesmo período uma taxa de não adesão de 73%.

No que se refere ao comportamento de adesão determinado a partir dos dados bioquímicos previamente definidos, verificamos uma taxa de adesão muito baixa (6,7%), o que constituiu uma surpresa preocupante. Estes resultados indicam que no contexto em que se realizou o estudo, a não adesão é mais extensa do que se poderia inicialmente pensar, o que é tanto mais grave, quanto os dados bioquímicos utilizados como medida da adesão, traduzem resultados clínicos diferentes dos desejáveis e recomendados para esta população.

Comparativamente, os resultados obtidos considerando os valores médios, dos 11 meses em estudo, são significativamente melhores, com uma taxa de adesão superior a 80% para os líquidos e superior a 55% para a dieta. Estes resultados vão de encontro às diferenças referidas na literatura em função dos métodos de medida da adesão utilizados e que constituem a maior dificuldade no estudo da adesão ao regime terapêutico.

Em síntese, no que se refere à variação do potássio, fósforo, Kt/v e ganho de peso interdialítico ao longo do ano, verificamos que no mês de Setembro, mais de 50% dos participantes apresentaram valores de potássio superiores ao desejável (5,5 mg/dl) e valores de fósforo fora do intervalo desejável (entre 3,5 e 5,5 mg/dl). Apesar de, para o ganho de peso interdialítico, os resultados serem melhores, verifica-se que Setembro é também para esta variável, um dos meses com piores resultados. Como os resultados do kt/v no mês de Setembro, indicam que menos de 10% dos participantes apresentaram valores inferiores a 1,2, podemos concluir que Setembro foi o mês em que se verificaram piores resultados em relação a todas as variáveis consideradas e que esses resultados podem ser maioritariamente atribuíveis a comportamentos de não adesão.

Verificamos ainda a existência de associações positivas, baixas, entre os valores analíticos de potássio e o ganho de peso interdialítico, entre os valores analíticos de potássio e de fósforo e entre o ganho de peso interdialítico e os valores analíticos de fósforo.

Quanto às variáveis sociodemográficas, os homens apresentaram em média um ganho de peso interdialítico superior ao das mulheres e valores de Kt/v inferiores. Não se verificaram diferenças em função da escolaridade e do estado civil.

2. Estudo de Natureza Qualitativa

Depois de conhecermos a extensão do problema e identificarmos as suas oscilações ao longo dos onze meses em estudo, as diferenças em função das variáveis sociodemográficas e o modo como se relacionam entre si os valores bioquímicos utilizados como medida da adesão, pretendemos compreender os factores envolvidos na adopção de comportamentos de adesão, para esta população e perceber com base nas suas próprias representações como podem os enfermeiros contribuir para melhorar a adesão ao regime terapêutico.

O estudo de natureza qualitativa foi planeado de modo a completar o primeiro estudo realizado, de natureza quantitativa, com os seguintes objectivos: (1) Identificar factores com impacto positivo e negativo, no comportamento de adesão, das pessoas com IRC em programa regular de hemodiálise, há mais de um ano e menos de cinco anos, numa clínica de diálise de

Braga; (2) compreender as representações das pessoas com IRC sobre o papel dos profissionais de enfermagem no seu tratamento, (3) compreender as representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos profissionais de enfermagem no seu comportamento de adesão.

De modo articulado com estes objectivos, de natureza fundamentalmente compreensiva, procuramos nesta fase da investigação, responder às seguintes questões:

Quais são os factores que influenciam o comportamento de adesão, das pessoas com IRC em programa regular de hemodiálise, há mais de um ano e menos de cinco anos numa clínica de diálise de Braga?

Como é que as pessoas com IRC entendem o papel dos profissionais de enfermagem?

Como podem os profissionais de enfermagem contribuir para melhorar a adesão regime terapêutico, das pessoas com IRC em programa regular de hemodiálise?

2.1. Participantes

Quando iniciamos a investigação, tínhamos previsto estudar dois grupos contrastantes, de aderentes e não aderentes, encontrados na primeira parte da investigação (estudo quantitativo), de modo a compreendermos as diferenças entre eles e percebermos com base nas suas próprias percepções qual foi ou poderia ser o contributo dos enfermeiros, no seu comportamento de adesão / não adesão.

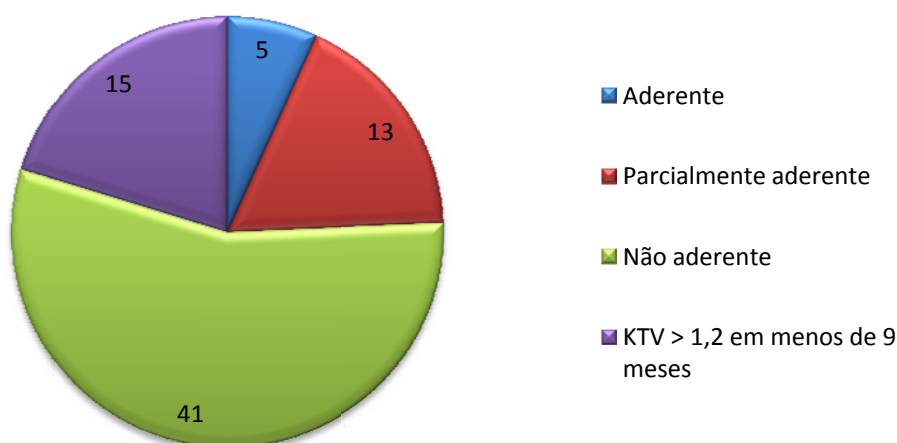
Depois de analisarmos os dados verificamos um número muito reduzido de aderentes (em função dos critérios de inclusão definidos,) e a existência de um grupo importante, que poderia ser considerado intermédio, entre os aderentes e os não aderentes, que incluímos no estudo e que denominamos *parcialmente aderentes*.

Como podemos observar no quadro 19 e no gráfico7, apenas 6,7% dos participantes (n=5) eram *aderentes* e emergiu um outro grupo de participantes que cumpria os critérios anteriormente referidos (valores de Potássio \leq a 5,5mg/dl, valores de Fósforo entre 3,5 e 5,5mg/dl, ganho de peso interdialítico \leq a 3kg e Kt/v superior a 1,2), durante pelo menos seis meses, mas menos de nove e que consideramos *parcialmente aderentes* [17,6% (n=13)].

Quadro 19 – Comportamento de adesão dos participantes

Comportamento	n	%
Aderente	5	6,7
Parcialmente aderente	13	17,6
Não aderente	41	55,4
Kt/v > 1,2 em menos de 9 meses	15	20,3

Gráfico 6 - Comportamento de adesão



Foram considerados *não aderentes*, todos os participantes com Kt/v superior a 1,2 que não cumpriam os critérios para serem considerados aderentes ou parcialmente aderentes, correspondendo a 55,4% dos participantes (n=41).

Um valor de Kt/v inferior a 1,2 indica uma dose de diálise insuficiente, que pode condicionar os valores analíticos obtidos independentemente do comportamento de adesão, ou seja mesmo que a pessoa adira ao regime terapêutico, os dados bioquímicos podem apresentar-se alterados, quando a dose de diálise não é suficiente. Assim tal como aconteceu no estudo quantitativo, também nesta fase da pesquisa os participantes com Kt/v inferior a 1,2 foram excluídos do estudo qualitativo.

Depois da realização da primeira fase do estudo empírico, o estudo quantitativo, um dos participantes aderentes faleceu, ficando este grupo de participantes com quatro elementos, aos

quais foram realizadas entrevistas. Em função do número de elementos do grupo de participantes *aderentes*, definimos o número de participantes dos restantes grupos que iriam integrar o estudo qualitativo, *parcialmente aderentes* e *não aderentes*, de modo a que, na medida do possível, os grupos fossem idênticos.

2.2. Aderentes

Participaram neste grupo quatro pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise, numa clínica de diálise de Braga.

Os critérios definidos para integrar a amostra dos participantes aderentes foram os seguintes: valor analítico mensal de potássio \leq a 5,5 mg /dl, valor analítico mensal de fósforo entre 3,5 e 5,5 mg /dl, valor mensal de Kt/v \geq a 1,2 mg /dl, valor médio mensal de ganho de peso interdialítico \leq a 3 kg, durante pelo menos nove, dos onze meses em estudo e capacidade para gerir o regime terapêutico, ou seja sem necessidade de prestador de cuidados e que aceitassem participar.

O grupo destes participantes tem dois elementos do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 56 e os 83 anos de idade, sendo a idade média, 71 anos. São todos reformados. Relativamente à escolaridade: um licenciado, um com o 3º ciclo e dois com o primeiro ciclo do ensino básico. No que respeita ao estado civil, dois são casados e dois são viúvos. Quanto ao tipo de acesso vascular para diálise todos têm fístula arteriovenosa.

2.3. Parcialmente aderentes

Participaram neste grupo quatro pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise, numa clínica de diálise de Braga.

Os critérios definidos para integrar a amostra dos participantes parcialmente aderentes foram os seguintes: valor analítico mensal de potássio \leq a 5,5 mg /dl, valor analítico mensal de fósforo entre 3,5 e 5,5 mg /dl, valor analítico mensal de Kt/v \geq a 1,2 mg /dl, valor médio mensal de ganho de peso interdialítico \leq a 3 kg, durante pelo menos seis dos onze meses em estudo, capacidade para gerir o regime terapêutico, ou seja sem necessidade de prestador de cuidados e que aceitassem participar.

Selecionamos aleatoriamente dois elementos do sexo masculino e dois do sexo feminino, que têm idades compreendidas entre os 68 e os 84 anos, sendo a idade média 74 anos. Relativamente à situação profissional são todos reformados. No que respeita à escolaridade um é analfabeto e os restantes frequentaram o primeiro ciclo do ensino básico. Em relação ao estado civil são todos casados e quanto ao tipo de acesso para diálise dois têm cateter venoso central de longa duração e dois têm fistula arteriovenosa.

2.4. Não aderentes

Participaram neste grupo quatro pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise, numa clínica de diálise de Braga.

Os critérios definidos para integrar este grupo foram os seguintes: Valor analítico mensal de potássio $>$ a 5,5 mg / dl, valor analítico mensal de fósforo $>$ a 5,5 mg / dl, valor analítico mensal de Kt/v \geq a 1,2 mg /dl, valor médio mensal de ganho de peso interdialítico $>$ a 3 kg, durante pelo menos cinco, dos onze meses em estudo, capacidade para gerir o regime terapêutico, ou seja sem necessidade de prestador de cuidados e que aceitassem participar.

Selecionamos aleatoriamente um elemento do sexo feminino e três do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 40 e os 67 anos, sendo a média de idades de 53 anos. Relativamente à situação profissional são todos reformados. No que respeita à escolaridade todos frequentaram o primeiro ciclo do ensino básico. Em relação ao estado civil um é casado, um é divorciado, um é solteiro e outro é viúvo. Quanto ao tipo de acesso para diálise todos têm fistula arteriovenosa.

3. Instrumentos

3.1. Entrevista

Para dar resposta aos objectivos traçados para esta investigação, escolhemos a entrevista semi-estruturada.

A entrevista é um método de recolha de dados, adequado quando ainda não existem dados disponíveis, sobre o fenómeno a estudar, no nosso caso não existem estudos sobre o comportamento de adesão/não adesão das pessoas com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise e pretendemos estudar a adesão ao regime terapêutico baseando-nos nas suas percepções individuais (Ruquoy, 1997).

No sentido de recolher informação relevante para as questões formuladas e garantir a uniformidade das entrevistas aos vários participantes elaboramos um guião de entrevista semi-estruturada que, embora permitindo que os participantes se expressassem livremente, nos orientou no sentido de não perder de vista os nossos objectivos e traçou os limites da pesquisa (Anexo II).

3.2. Diário de alimentos e medicamentos

O diário consiste no registo de todos os alimentos e líquidos ingeridos durante uma semana, pelos participantes de todos os grupos, assim como de toda a medicação tomada, quantidade e respectivo horário.

4. Procedimento

Depois do consentimento e aceitação dos participantes dos diferentes grupos em integrarem o estudo qualitativo e devido ao facto de se ter verificado um período de pausa, entre a primeira e a segunda fase da investigação, consultamos novamente os registos dos valores analíticos do primeiro trimestre de 2008, dos participantes dos três grupos, para verificar se havia alterações significativas nos resultados, o que não se verificou. Todos os participantes mantinham o mesmo padrão de resultados. (Anexo III) De seguida solicitamos a cada participante o registo de todos os alimentos e líquidos ingeridos durante uma semana, assim como de todos os medicamentos tomados, dose e horário. Três dos participantes, efectuaram o registo em casa, os outros, por razões diversas preferiram que o registo fosse efectuado por nós, nos dias em que se deslocavam à clínica para a sessão de diálise.

Paralelamente consultamos os processos clínicos individuais para verificar se os registos da medicação tomada eram coincidentes com as prescrições médicas actuais, constantes no processo clínico. (Anexo IV)

Depois de os diários de alimentos e medicamentos de todos os participantes estarem completos e devidamente codificados, iniciamos as entrevistas.

O guião de entrevista utilizado, foi previamente testado em quatro utentes da mesma clínica de diálise, que se encontravam em programa regular de hemodiálise entre cinco e seis anos.

As entrevistas foram realizadas na clínica de diálise num gabinete de consulta, nos dias em que os participantes se deslocavam para realizar a sessão de diálise, antes ou depois da mesma, de acordo com as preferências individuais. Todas as entrevistas foram audiogravadas, com consentimento dos participantes e transcritas na íntegra pela entrevistadora / investigadora.

Cada entrevista foi codificada, de modo a facilitar a análise e comparação de dados. Assim E1, E2, E3 e E4 correspondem às entrevistas dos participantes aderentes, E5, E6, E7 e E8 correspondem às entrevistas dos participantes parcialmente aderentes e E9, E10, E11 e E12 correspondem às entrevistas dos participantes não aderentes. Procedemos do mesmo modo para codificar os diários de alimentos e medicamentos: D1 corresponde ao diário do mesmo participante que a entrevista E1 e assim sucessivamente. Não se incluiu nenhum outro dado que

permita a identificação do participante, garantindo o seu direito de anonimato e a confidencialidade dos dados.

Esta segunda fase de recolha de dados decorreu ao longo dos primeiros quatro meses de 2008.

A análise qualitativa foi feita manualmente pela investigadora. Todo o processo de codificação e análise foi revisto e validado por um investigador sénior, de modo a garantir a coerência interpretativa e a correspondência aos dados, da categorização efectuada.

5. Análise qualitativa dos dados e apresentação de resultados

Para realizar a análise de dados, optamos por seguir os procedimentos da *grounded analysis*. “Este método é particularmente útil para quem se interesse pelo estudo dos fenómenos instáveis e dinâmicos, implicando a interacção entre diferentes actores e a observação fina de fenómenos característicos destas interacções” (Fortin, 2003, p. 151). É uma análise indutiva, que parte da descrição sistemática e progressiva dos fenómenos (Idem, 2003). É através da análise dos dados, durante o processo de codificação aberta e axial, fracturando os dados e voltando a colocá-los de novo juntos, que descobrimos as categorias, a sua relação com as subcategorias e com a categoria ou domínio central (M.J. Lopes, 2003).

Assim, começamos por decompor os dados de cada entrevista em unidades de análise. De seguida cada uma das unidades de análise foi integrada no respectivo domínio, previamente definido pelo guião de entrevista. Cada unidade de análise foi codificada, utilizando um código alfa numérico, com dois números, o número da entrevista e o número de ordem na sequência do texto. A título de exemplo, a unidade codificada E1-01, pertence à entrevista do participante 1 e corresponde à primeira unidade de análise identificada, para cada domínio. No domínio da percepção pessoal de adesão esta unidade de análise tem o seguinte texto “Sim”. No domínio dos comportamentos adoptados “A minha empregada já sabe ... faz a comida sem sal”. E assim sucessivamente. (Anexo V)

Os domínios identificados foram: (1) percepção pessoal de adesão, (2) comportamentos adoptados, (3) informação, (4) contributo dos enfermeiros para a adesão, (5) papel dos

enfermeiros no tratamento. Procedemos depois à categorização descritiva, partimos do discurso dos entrevistados e procurando respeitar e importar etiquetas verbais presentes no mesmo, interpretamos e atribuímos significados aos conteúdos relatados. As unidades de análise foram categorizadas em todas as categorias descritivas que nos pareceram fazer sentido, de acordo com as palavras do participante, pelo que a uma unidade de análise podem estar associadas várias categorias descritivas. No quadro 20 apresentamos um exemplo de categorias descritivas emergentes de uma unidade de análise.

Quadro 20 – Exemplo de categorias descritivas emergentes de uma unidade de análise

Domínio	Unidade de análise	Código	Categoria descritiva
Informação	Considero, todos dizem o mesmo, o regime é sempre o mesmo...	E3-01	Bem informado Todos dizem o mesmo

Na etapa seguinte as categorias descritivas foram agrupadas em categorias conceptuais mais abrangentes. Mais uma vez esta categorização não é mutuamente exclusiva podendo cada categoria conceptual integrar várias categorias descritivas. As categorias conceptuais são de nível mais abstracto e incorporam diferentes categorias descritivas relacionadas entre si de modo implícito ou explícito. As categorias conceptuais foram denominadas, subcategorias e categorias, uma vez que as subcategorias apresentam uma “generalidade mais fraca” (Bardin, 1995, p. 119). O quadro 21 mostra um exemplo de categorias conceptuais construídas, no âmbito da entrevista E3.

Quadro 21 – Exemplo de categorias conceptuais, emergentes da entrevista E3

Domínio	Unidade de análise	Código	Categoria descritiva	Subcategoria conceptual	Categoria conceptual
Informação	Primeiro foi no hospital, a nutricionista e aqui também a nutricionista continuou a dar.	E3-02	No hospital Na clínica A nutricionista	Pré-diálise Inicial Nutricionista	Periodicidade Elemento da equipa que fornece a informação

Toda a análise foi um processo dinâmico, com questionamento constante dos dados, retorno às unidades de análise e reformulação ou construção de novas categorias, mantendo-se o carácter de reversibilidade em cada análise efectuada, até à saturação do processo de categorização (E. Fernandes & Maia, 2001).

Apresentamos em seguida, para cada domínio duas tabelas. Primeiro, uma tabela que traduz a relação hierárquica entre as categorias conceptuais e a frequência de cada uma, seguida da definição do respectivo domínio e de cada categoria e subcategoria apresentada, fundamentada no conteúdo dos relatos dos participantes. Depois, uma tabela que revela as semelhanças e diferenças entre cada grupo de participantes, seguida da análise comparativa.

5.1. Domínio: Percepção pessoal de adesão

Quadro 22 – Relação hierárquica entre as categorias conceptuais no domínio da percepção pessoal de adesão ¹

Domínio	Categoria conceptual	Sub Categoria conceptual
Percepção Pessoal de Adesão	Adesão em geral (8)	Adesão declarada (4)
		Adesão vaga (2)
		Não adesão declarada (2)
	Recomendações relativas à dieta (7)	Adesão declarada (2)
		Adesão vaga (2)
		Não adesão declarada (3)
	Recomendações relativas aos líquidos (7)	Adesão declarada (1)
		Adesão vaga (1)
		Não adesão declarada (5)
	Recomendações relativas à medicação (12)	Adesão declarada (9)
		Adesão vaga (2)
		Não adesão declarada (1)

¹ Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas.

Este domínio refere-se ao modo como a pessoa se posiciona relativamente à adesão. Identificaram-se as unidades de análise, por um processo indutivo definiram-se várias categorias descritivas, que se agruparam em subcategorias conceptuais e depois em categorias conceptuais mais abrangentes. Estas categorias conceptuais mais abrangentes resultaram em parte da própria pergunta que especificava três componentes da adesão ao tratamento da pessoa com Insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise: a adesão à dieta, a adesão aos líquidos e a adesão à medicação. Assim obtivemos respostas abrangentes em que as pessoas responderam em relação aos três componentes, na globalidade e respostas em que as pessoas se referiam a cada um dos componentes da adesão ao tratamento em particular e se posicionavam de maneira diferente para cada um deles. Ou seja, a mesma pessoa considera-se aderente em relação por exemplo à medicação e não aderente em relação à dieta ou aos líquidos.

Adesão em geral: Esta categoria inclui as subcategorias: adesão declarada, adesão vaga e não adesão declarada, que se referem à adesão global ou seja a todos os componentes do tratamento, nomeadamente os líquidos a dieta e a medicação, como um todo.

Adesão declarada: Esta subcategoria inclui as respostas em que a pessoa claramente se assume como aderente e diz explicitamente que adere, em todas as vertentes do tratamento, “Cumpro sim.” E5-01.

Adesão vaga: Nesta subcategoria incluíram-se as respostas em que a pessoa não diz explicitamente que é aderente, dando respostas vagas e pouco claras “...vou fazendo os possíveis...”E2-01.

Não adesão declarada: Esta subcategoria inclui as respostas em que a pessoa explicitamente diz que não adere e que não cumpre as recomendações, “Não! Para falar quanto é franco, não!”E9-01.

Recomendações relativas à dieta: Esta categoria conceptual inclui as subcategorias: Adesão declarada à dieta, adesão vaga à dieta e não adesão à dieta, que se referem especificamente à

percepção pessoal de adesão a um dos componentes do tratamento da pessoa com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise, as recomendações relativas à dieta.

Adesão declarada (à dieta): Esta subcategoria, inclui as respostas em que a pessoa explicitamente diz que adere ou cumpre as recomendações relativas à dieta, “A comida é certo!” E5-02.

Adesão vaga (à dieta): esta subcategoria inclui as respostas em que a pessoa não diz expressamente que adere ou cumpre as recomendações relativas à dieta. Transmite a ideia de que adere, mas de forma vaga, pouco convicta e com excepções “Ora bem, quanto ao comer geralmente levo em atenção o que levei daqui...” E12-01.

Não adesão (à dieta): Esta subcategoria engloba as respostas em que a pessoa diz claramente que não cumpre ou não adere às recomendações relativas à dieta, “...em relação à dieta... não devo cumprir muito à regra, porque isso foge-se sempre um bocadito.” E11-01.

Recomendações relativas aos líquidos: Esta categoria conceptual inclui as subcategorias: adesão declarada aos líquidos, adesão vaga e não adesão aos líquidos, que se referem à percepção pessoal de adesão às recomendações relativas à quantidade de líquidos.

Adesão declarada (aos líquidos): Esta subcategoria conceptual inclui as respostas em que, relativamente à quantidade de líquidos a pessoa diz claramente que cumpre o recomendado, “Também me disseram para beber pouco e eu bebo muito pouco.” E1-02.

Adesão vaga (aos líquidos): Esta subcategoria conceptual inclui as respostas em que, relativamente à quantidade de líquidos a pessoa expressa que é difícil aderir e que apesar do esforço por vezes exagera e bebe mais do que o recomendado “...Bebo muito pouco, mas às vezes exagero... às vezes trago muito líquido... Os líquidos é que é mais difícil.” E5-03.

Não adesão (aos líquidos): Esta subcategoria conceptual inclui as respostas em que, relativamente à quantidade de líquidos a pessoa diz claramente que não cumpre as recomendações “Líquidos... abuso mais um bocadinho... chego sempre com peso a mais... reconheço que não devia beber tanto...” E8-01.

Recomendações relativas à medicação: Esta categoria conceptual inclui as subcategorias: adesão declarada à medicação, adesão vaga à medicação e não adesão à medicação que se referem à percepção pessoal, de adesão à medicação, ou seja ao modo como a pessoa se posiciona, relativamente à adesão à terapêutica farmacológica que lhe foi prescrita.

Adesão declarada (à medicação): Esta subcategoria engloba as respostas em que a pessoa diz claramente, que é aderente em relação à medicação ou seja, a pessoa expressa que toma a medicação como prescrito, “Os medicamentos, isso cumpro!” E9-03

Adesão vaga (à medicação): Esta subcategoria conceptual refere-se às respostas em que a pessoa embora transmita a ideia de adesão, dá uma resposta ambígua, não afirmando claramente que toma a medicação como prescrito “ Sim, em geral tomo...” E2-02.

Não adesão (à medicação): Esta subcategoria conceptual refere-se às respostas em que a pessoa transmite a ideia de que não toma sempre a medicação como prescrito, “ Às vezes tomo, não me esquece sempre, mas às vezes...” E10-03.

Quadro 23 – Categorias emergentes por grupo de participantes, no domínio da percepção pessoal de adesão ²

Domínio	Participantes	Categoria conceptual	Sub Categoria conceptual
Percepção Pessoal de Adesão	Aderentes E1, E2, E3 E4	Adesão em geral (3)	Adesão declarada (2)
			Adesão vaga (1)
		Recomendações relativas à dieta (1)	Adesão vaga (1)
		Recomendações relativas aos líquidos (1)	Adesão declarada (1)
		Recomendações relativas à medicação (4)	Adesão declarada (3)
			Adesão vaga (1)
	Parcialmente Aderentes E5, E6, E7 E8	Adesão em geral (3)	Adesão declarada (2)
			Adesão vaga (1)
		Recomendações relativas à dieta (2)	Adesão declarada (2)
			Adesão vaga (1)
		Recomendações relativas aos líquidos (2)	Não adesão declarada (1)
		Recomendações relativas à medicação (4)	Adesão declarada (3)
			Adesão vaga (1)
	Não aderentes E9, E10, E11 E12	Adesão em geral (2)	Não adesão declarada (2)
		Recomendações relativas à dieta (4)	Adesão vaga (1)
			Não adesão declarada (3)
		Recomendações relativas aos líquidos (4)	Não adesão declarada (4)
		Recomendações relativas à Medicação (4)	Adesão declarada (3)
			Não adesão declarada (1)

Relativamente à percepção pessoal de adesão a subcategoria *Não adesão declarada* não emergiu para os *participantes aderentes* e apenas uma vez para os *participantes parcialmente aderentes*, na categoria *recomendações relativas aos líquidos*. A subcategoria *não adesão*

² Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas.

declarada, só emerge para os *participantes não aderentes*, a subcategoria *adesão declarada* emerge apenas para a categoria *recomendações relativas à medicação*.

5.2. Domínio: Comportamentos adoptados

Quadro 24 - Relação hierárquica entre as categorias conceptuais no domínio dos comportamentos adoptados ³

Domínio	Categoria Conceptual	Subcategoria conceptual
Comportamentos adoptados	Facilitadores Da Adesão (10)	Estratégias pessoais para aderir (10)
		Acontecimentos anteriores marcantes (4)
		Refeições preparadas por outros, em casa (6)
		Ter ocupação (1)
		Preferências pessoais de acordo com o recomendado (1)
		Excepções esporádicas à dieta (2)
		Reconhecer o benefício da acção (6)
		Receio das consequências (3)
		Auto controlo (2)
		Consultar informação escrita (1)
	Factores que dificultam a adesão (15)	Preferências pessoais diferentes do recomendado (4)
		Muitas restrições alimentares em simultâneo (1)
		Ausência de consequências da não adesão (5)
		Influência social (2)
		Ausência de limite de peso a tirar por tratamento (1)
		Regime terapêutico não negociado (1)
		Cozinhar para outros (1)
		Ausência de ocupação (1)
		Factores psicológicos negativos (1)
		Deixar terminar os medicamentos (1)
		Refeições fora de casa (3)
		Ausência de auto controlo (4)
		Crenças de saúde (3)
		Passado de não adesão (1)
		Ausência de auto eficácia (2)
	Recomendações alimentares (6)	Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio (8)
		Evitar bebidas alcoólicas (2)
		Escolher alimentos com menos potássio (3)
		Diminuir a quantidade de alimentos ricos em potássio (3)
		Eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio (3)
		Reduzir o sal (3)
		Quantidade de líquidos de acordo com a quantidade de urina (1)
	Comportamentos de não adesão (n = 3)	Não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio (5)
		Beber água gelada/gelo (2)
		Não controlar a quantidade de líquidos (1)

³ Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas.

Este domínio refere-se ao modo como a pessoa cumpre as recomendações, ao que faz para cumprir/não cumprir as recomendações relativas a cada um dos componentes da adesão ao tratamento da pessoa com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise. É a descrição que a pessoa faz dos comportamentos que adopta no seu dia-a-dia, integrando a doença e as recomendações relativas ao seu tratamento. Neste domínio incluem-se as categorias conceptuais: facilitadores da adesão, factores que dificultam a adesão, recomendações alimentares e comportamentos de não adesão. Estas categorias conceptuais agregam subcategorias de nível inferior como: estratégias pessoais para aderir; acontecimentos anteriores marcantes; refeições preparadas por outros, em casa; ter ocupação; preferências pessoais de acordo com o recomendado; excepções esporádicas à dieta; reconhecer o benefício da acção; receio das consequências; auto controlo; consultar informação escrita; preferências pessoais diferentes do recomendado; muitas restrições alimentares em simultâneo; ausência de consequências da não adesão; influência social; ausência de limite no peso a tirar por tratamento; regime terapêutico não negociado; cozinhar para outros; ausência de ocupação; factores psicológicos negativos; deixar terminar os medicamentos; refeições fora de casa; ausência de auto controlo; crenças de saúde; passado de não adesão; ausência de auto eficácia; confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio; evitar bebidas alcoólicas; escolher alimentos com menos potássio; eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio; reduzir o sal; quantidade de líquidos de acordo com a quantidade de urina; não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio; beber água gelada/gelo; não controlar a quantidade de líquidos. Estas subcategorias emergiram das unidades de análise e das categorias descritivas utilizando o raciocínio indutivo, a generalização foi constatada a partir de casos concretos (Gil, 1999).

Facilitadores da adesão: Esta categoria conceptual agrega dez subcategorias de aspectos referidos nas entrevistas que influenciam positivamente ou facilitam a adesão ao tratamento da pessoa com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise. Estes aspectos estão relacionados com a própria pessoa, com o tratamento e com o contexto em que a pessoa vive: estratégias pessoais para aderir, acontecimentos anteriores marcantes, refeições preparadas por outros em casa, ter ocupação, preferências pessoais de acordo com o recomendado, excepções esporádicas à dieta, reconhecer o benefício da acção, receio das consequências, auto controlo e consultar informação escrita.

Estratégias pessoais para aderir: Nesta subcategoria incluem-se as estratégias utilizadas pelos participantes para controlar a quantidade de líquidos, para tomar sempre a medicação e para aderir à dieta, nomeadamente: não encher o copo quando vai beber, comer sem sal “como tudo sem sal não tenho tanta vontade... em vez de encher o copo ponho só um bocadinho” – E1-07, aproveitar o líquido da refeição para tomar a medicação “Tomo sempre chá... Em vez de beber água com os comprimidos, tomo com chá, faço assim.” – E5-06, beber apenas para tomar a medicação “...só bebo quando é para tomar os comprimidos e mais nada.” - E6-05, levar os comprimidos quando sai “Quando saio tenho sempre uma caixinha e levo os comprimidos comigo” – E1-08, ter medicamentos em duas casas “tenho casa cá...e em...tenho medicamentos cá e lá ...” – E12-07, manter-se ocupada “Para não comer... saio de casa, ajudo a minha filha a passar a ferro, a limpar o pó, para distrair. Vou no parque com o meu neto, é assim.” – E5-01, escolher o restaurante Chinês para evitar o pão “...vou ao chinês por causa disso, porque normalmente nunca põem pão...” – E11-06.

Acontecimentos anteriores marcantes: Nesta subcategoria incluem-se acontecimentos identificados pelos participantes como marcantes, a partir dos quais o seu comportamento se modificou para melhor, ou seja que tiveram uma influencia positiva no seu comportamento de adesão, quer tenham sido vividos pelo próprio “...comi bastante, mas estive mal, tive que ir para o hospital, pensei que não escapava. A partir daí nunca mais...”E4-05 ou observados noutras pessoas “Eu vejo o ...que vem para aqui é sempre quatro, cinco quilos e depois está ali atrapalhado...” E6-02.

Refeições preparadas por outros, em casa: Esta subcategoria inclui dois aspectos referidos pelos participantes como facilitadores da adesão: fazer as refeições em casa “Sempre como em casa.” E5-02 e o facto de as refeições serem preparadas por outros, que não a pessoa com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise, maioritariamente a esposa, no caso dos participantes do sexo masculino “A minha esposa lá faz isso tudo direitinho.”E4-03 e a empregada ou a filha para os participantes do sexo feminino “A minha empregada já sabe... já faz a comida...”E1-01.

Ter ocupação: Esta subcategoria refere-se a um aspecto referido por um dos participantes como tendo influência positiva na adesão que é o facto de a pessoa ter uma ocupação “...sou cobrador de uma instituição, ando a receber donativos, para aqui e para ali. E noto uma coisa, quando uma pessoa está a fazer outra coisa que está distraída em relação aquilo que tem, acho que passa um bocado...”E11-14.

Preferências pessoais de acordo com o recomendado: esta subcategoria refere-se a um aspecto referido por um dos participantes como tendo influencia positiva na adesão, uma vez que se o recomendado, vai de encontro aos seus gostos, não é necessário nenhum esforço para cumprir “Há coisas assim que não aprecio e portanto não...” E3-04

Excepções esporádicas à dieta: nesta subcategoria incluímos as respostas em que os participantes se consideravam aderentes á dieta, mas afirmavam excepcionalmente abrir excepções controladas, referindo-se por exemplo à ingestão de alimentos não recomendados, mas em pequena quantidade, como podemos observar no exemplo da entrevista 1 “Eu já sei que não posso abusar, embora de vez em quando coma assim uma coisinha, um rissol ou isso, só de longe a longe. Ou se tiver uma festinha, que coma mais um bocadinho, de resto não abuso.”E1-02

Reconhecer o benefício da acção: esta subcategoria inclui as respostas em que os participantes referiram cumprir determinada recomendação porque sentiam que lhes fazia bem, ou que lhes fazia falta, o que se verifica fundamentalmente para a adesão à medicação, tendo sido referido em apenas uma entrevista, como motivação para aderir à dieta e aos líquidos. Exemplos: “se eu não fizer isto vou morrer mais cedo, porque o meu rim não funciona.” E5-04 e “Para me ajudar, tenho de tomar. Tinha a tensão alta, comecei a tomar um medicamento, agora ...está normal.” E5-07

Receio das consequências: Esta subcategoria refere-se às respostas em que os participantes referem cumprir determinadas recomendações porque têm medo que não cumprir lhes faça mal, o que acaba por ter influência positiva na adesão. Este receio foi referido como

motivação para aderir à dieta e para controlar a quantidade de líquidos, quando o ganho de peso intradialítico ultrapassa os 4,5 kg. ” Só como o que é devido...porque tenho medo que me faça mal.”E6-01 e “ ...líquidos reduzi ...porque tenho medo quando venho para aqui para a diálise...”E9-04

Auto controlo: Esta subcategoria inclui as respostas em que os participantes afirmaram controlar-se para aderir a determinadas recomendações, relativas à dieta e à quantidade de líquidos, como podemos observar nos exemplos seguintes “ ...se resolver não comer qualquer coisa não como...” E3-02 e “ ...se bebesse aquilo que eu queria...em vez de trazer 2 kg trazia 4 ou 5...sofre-se ...quando se tem sede...” E2-03

Consultar informação escrita: Nesta subcategoria incluímos as referências dos participantes à consulta de informação escrita relativa à quantidade de potássio presente nos diferentes alimentos, como estratégia para seleccionar os alimentos com menos potássio ou eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio, cumprindo assim estas recomendações relativas à dieta. “Eu tenho um papel que me deram aqui com as coisas que tem mais potássio e eu procuro comer aquelas que tem menos potássio.” E1-04 e “ ...têm muito potássio e no papel diz que não os devemos comer” E4-04.

Factores que dificultam a adesão: Esta categoria conceptual agrega quinze subcategorias de aspectos referidos nas entrevistas com influência negativa na adesão, ou seja que dificultam a adesão ao tratamento destas pessoas, com insuficiência renal crónica em programa regular de hemodiálise. Estes factores estão relacionados com a própria pessoa, com a complexidade do tratamento e com o contexto económico, familiar e social em que a pessoa se insere: preferências pessoais diferentes do recomendado, muitas restrições alimentares em simultâneo, ausência de consequências da não adesão, influencia social, ausência de limite no peso a tirar por tratamento, regime terapêutico não negociado, cozinhar para outros, ausência de ocupação, factores psicológicos negativos, deixar terminar os medicamentos, refeições fora de casa, ausência de auto controlo, crenças de saúde, passado de não adesão e ausência de auto eficácia.

Preferências pessoais diferentes do recomendado: Esta subcategoria refere-se às situações em que a pessoa apresentou os seus gostos relativamente à alimentação como uma dificuldade ou entrave à adesão às recomendações relativas à dieta, como por exemplo, o facto de gostar muito de feijão, fruta ou pão “Também gosto muito de fruta! É logo aquilo que nos dá prazer em comer, uma peça de fruta!” E11-08

Muitas restrições alimentares em simultâneo: foram referidas por um dos participantes como uma dificuldade para aderir às recomendações relativas à dieta, neste caso concreto, pelo facto de a dieta ter que ser simultaneamente pobre em potássio, em cálcio e em fósforo, as opções são muito reduzidas “Mas é uma peça de fruta. Se a gente pensa, podia comer uma sandes de queijo... mas também não posso comer queijo ...! E o pão também me faz mal! ... Não há assim nada... O que é que eu vou comer? Bolachas? Faz sede! É doce!” E11-09

Ausência de consequências da não adesão: Nesta subcategoria incluímos as respostas em que os participantes referiram não sentir consequências negativas do seu comportamento de não adesão, por isso não vêem benefícios em aderir ou então sentiram consequências ou efeitos positivos com comportamentos de não adesão, ou seja comportamentos diferentes do recomendado. Tomemos como exemplos: “Às vezes tirar 5 para mim ainda é melhor do que tirar 3...” E11-10 e “Sinto-me bem da maneira que como e nunca me senti mal com a comida. Se me sentisse mal eu tirava.” E10-08

Influência social: consideramos influencia social as referencias dos participantes a situações em que a pressão sentida por exemplo nos cafés e a opinião do seu grupo de amigos têm uma influencia negativa na adesão, levando a pessoa a adoptar comportamentos diferentes do recomendado, como ilustra o exemplo seguinte: “...ir para aqui e para ali com os amigos e poder... Uma pessoa se diz a alguém foi ali comer...e bebi água dizem logo: - És trengo ou quê? Água?! Pronto e eu nessas coisas prendo-me mesmo, é mesmo assim.”E11-17

Ausência de limite no peso a tirar por tratamento: O limite de peso a retirar por tratamento, habitualmente 4 Kg, é uma regra que existe em algumas clínicas de diálise. Mesmo que o

ganho de peso interdialítico seja superior, só é retirado aquele. As consequências directas para a pessoa são a realização de um tratamento extra, se o excesso de peso e os sintomas apresentados o justificarem (edemas, falta de ar) ou então a pessoa não faz tratamento extra, mas no tempo que vai daquele tratamento ao seguinte será obrigada a um maior controlo na quantidade de líquidos, porque em vez de partir do peso seco, parte do excesso do tratamento anterior. Por exemplo uma pessoa que teve um ganho de peso intradialítico de 5 Kg e só retirou quatro, leva de volta um quilo, o que significa que para o tratamento seguinte em vez de 3, 5 Kg, só poderá aumentar 2,5 Kg, obrigando a um maior controlo na quantidade de líquidos. A ausência desta regra foi referida por um dos participantes como um factor, para manter um comportamento de não adesão, “Eu podia ir para chaves, mas disseram que não podia comer, mesmo que levasse trazia outra vez para casa, só tiravam 4 Kg, foi por isso que eu não fui.” E10-05

Regime terapêutico não negociado: Um dos participantes refere as recomendações relativas ao tratamento, como regras impostas que é obrigado a cumprir e que só por isso são logo á partida negativas, sendo uma dificuldade acrescida para aderir. “...cumpre mais ou menos as regras que mais ou menos são impostas!... Porque se não fosse obrigado logicamente não cumpria, levava a vida...” E12-01

Cozinhar para outros: Cozinhar para outras pessoas foi referido por uma participante do sexo feminino, que tem que preparar as próprias refeições como um factor que dificulta a adesão à dieta. Não prepara as suas refeições separadamente por isso vai fazendo aproximações ao recomendado. “...eu cozinho para outras pessoas, principalmente para o meu filho e claro não vou estar a fazer uma coisinha para ele outra para mim... vou fazendo normal, que dê para ele e para mim, mas claro que não é bem aquela coisa que havia de fazer se fosse só para mim...” E2-01

Ausência de ocupação: Um dos participantes refere o facto de não ter ocupação, não ter onde passar o tempo como um factor que dificulta a adesão, “Se eu fosse uma pessoa que tivesse que fazer, onde passasse o tempo, mas uma pessoa não tem.” E12-05

Factores psicológicos negativos: Aspectos pessoais psicológicos, como o desânimo, foi referido por um dos participantes como um factor que dificultou a adesão à medicação, uma vez que durante esse período praticamente não a tomava. “...andei aí muito tempo que havia dias que...que andei desanimada e pouco tomava...” E2-06

Deixar terminar os medicamentos: Deixar terminar os medicamentos foi referido numa das entrevistas como um factor que dificulta a adesão à medicação, porque enquanto consegue a receita e vai comprar o medicamento, pode passar um dia ou dois em que não toma a medicação prescrita, “às vezes há um remédio ou outro que me está a falhar e enquanto não o compro...tenho de pedir a receita... mas falha um dia e depois volta tudo ao normal.” E3-10

Refeições fora de casa: Fazer as refeições no restaurante, foi referido por alguns participantes como um factor que dificulta a adesão à dieta e fazer as refeições em casa de outras pessoas, como por exemplo filhos, dificulta a adesão à medicação, no caso de um dos participantes. Exemplo: “Se às vezes vou ao restaurante, aí já é o que calha...” E3-07

Ausência de auto controlo: Nesta subcategoria, incluímos as respostas em que os participantes referem não conseguir controlar a sede ou a fome pelo que não cumprem as recomendações relativas à dieta e à quantidade de líquidos, como ilustra o exemplo seguinte: “...se eu tiver mesmo sede, no fim daquela garrafa vai outra!” E8-05

Crenças de saúde: Esta subcategoria refere-se a crenças relacionadas com a saúde que os participantes expressaram, com influência negativa no seu comportamento de adesão “...bebi sempre um copinho, e...tinha anemia, à conta disso...” E9-03

Passado de não adesão: O facto de ter sido não aderente no passado, noutra situação, é apresentado como justificação para não aderir às recomendações relativas à dieta, por um dos participantes, “ ...se não guardei dieta quando estava transplantada, não vou guardar agora! “ E10-06

Ausência de auto eficácia: Nesta subcategoria incluímos referências dos participantes a exemplos de comportamentos de adesão que gostariam de adotar, mas que acham que não são capazes, porque nunca conseguiram, o que os leva a nem sequer tentar “Eu gostava de poder trazer menos quilos, de beber menos, de fazer essas coisas, de cumprir mais, mas para mim é pedir muito! É pedir mesmo muito!” E11-16

Recomendações alimentares: Esta categoria conceptual agrega seis subcategorias conceptuais de nível inferior relativas a recomendações relativas à dieta e aos líquidos, descritas nas entrevistas como comportamentos de adesão adoptados pelos participantes: confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio, evitar bebidas alcoólicas, escolher alimentos com menos potássio, eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio, reduzir o sal e quantidade de líquidos de acordo com a quantidade de urina.

Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio: Esta subcategoria inclui as referências dos participantes ao modo adequado de confeccionar os alimentos para eliminar potássio, nomeadamente, colocar as batatas de molho de um dia para o outro, cozer os legumes e a fruta numa ou mais águas rejeitando a água de cozedura. Exemplo: “Quando cozo hortaliça, ou principalmente uns grelos ou assim a gente faz como nos mandam, cozer e deitar as águas fora, depois comer, ou então depois é que se mete na comida...” E2-05

Evitar bebidas alcoólicas: Evitar as bebidas alcoólicas é uma das recomendações do tratamento, referida em algumas das entrevistas, como sendo um comportamento de adesão. Exemplo: “...eu bebidas alcoólicas dificilmente bebo.” E11-03

Reduzir a quantidade de alimentos ricos em potássio: Os alimentos ricos em potássio nomeadamente as frutas e os legumes devem ser consumidos com moderação, reduzindo a quantidade e esta redução foi apontada por alguns participantes como um comportamento de adesão, que vai de encontro às recomendações do tratamento, como se pode observar no exemplo: “...como quase toda a fruta, não aquela que eu desejava, mas menos...” E7-01

Eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio: De acordo com Dias 2006, os alimentos com mais de 600mg de potássio por 100 gramas de produto comestível devem ser eliminados da dieta, como é o caso dos frutos secos, do feijão e outras leguminosas secas, como as favas e as ervilhas. “ Deixei de comer ...feijoadas, frutos secos também nunca mais comi...” E1-06

Reduzir o sal: O Sódio é um dos principais componentes do sal, que se vai acumulando no organismo da pessoa com IRC em programa regular de hemodiálise, levando a um aumento da sede, o que favorece o ganho excessivo de peso interdialítico entre outros problemas, (Dias 2006). Por isso o consumo de sal deve ser reduzido. “...com muito pouco sal...” E4-02

Quantidade de líquidos de acordo com a quantidade de urina: De acordo com Dias 2006, “ a quantidade de líquido a ingerir por dia é de 0,5l mais o volume total da urina excretada, por exemplo se urina aproximadamente 0,5l por dia, poderá ingerir 1l de líquidos (0,5l + 0,5l = 1l)”. Um dos participantes refere a ingestão de líquidos de acordo com a quantidade de urina “ ... bebo sempre dois copinhos. É que eu ainda urino” E3-01

Comportamentos de não adesão: Esta categoria conceptual agrega três subcategorias de nível inferior, que se referem a comportamentos de não adesão descritos nas entrevistas, ou seja comportamentos adoptados e descritos pelos participantes que se afastam do recomendado para o tratamento da sua doença: não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio, beber água gelada/gelo e não controlar a quantidade de líquidos.

Não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio: Nesta subcategoria incluímos as referências dos participantes a situações mais ou menos frequentes em que ingerem alimentos com mais de 600mg de potássio por 100gr de produto, sabendo que este comportamento não é recomendado, com ilustra o exemplo seguinte: “ ... se tiver que comer uma feijoadas no dia que venho fazer hemodiálise, também não me prenda muito com isso. É por isso que o meu potássio também anda sempre lá em cima!” E11-07

Beber água gelada/gelo: O alívio da sede obtido após a ingestão de gelo ou água gelada é seguido de um novo aumento da sensação de sede, levando a uma maior ingestão de gelo/líquidos como refere Dias 2006, por isso a ingestão de água gelada/gelo não é uma medida adequada para lidar com a sede, referida por participantes do nosso estudo: “Ponho uma garrafinha de 33 a refrescar, quero-a geladinha para me saciar melhor a sede...” E8-05.

Não controlar a quantidade de líquidos: Como já foi referido a quantidade de líquidos ingeridos deve ser controlada, de modo a evitar o ganho excessivo de peso intradialítico. Neste caso o participante afirma que não controla a quantidade de líquidos “ ... se for uma boa refeição sabe-me bem e bebo bem... é por isso que eu ando sempre a tirar 5 Kg.” E12-04, o que é manifestamente um comportamento de não adesão em relação à quantidade de líquidos.

Quadro 25 – Categorias emergentes para os participantes aderentes, no domínio dos comportamentos adoptados ⁴

Domínio	Participantes	Categoria Conceptual	Subcategoria Conceptual
Comportamentos Adoptados	Aderentes E1, E2, E3 E4	Facilitadores Da Adesão (16)	Refeições preparadas por outros, em casa (3)
			Estratégias pessoais para aderir (3)
			Reconhecer o benefício da acção (3)
			Excepções esporádicas na dieta (2)
			Auto controlo (2)
			Consultar informação escrita (1)
			Preferências pessoais de acordo com o recomendado (1)
			Acontecimento anterior marcante (1)
		Recomendações Alimentares (11)	Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio (4)
			Escolher os alimentos com menos potássio (2)
			Eliminar os alimentos mais ricos em potássio (2)
			Reduzir a quantidade de sal (2)
			Quantidade de líquidos de acordo com a quantidade de urina (1)
		Factores que Dificultam a adesão (5)	Cozinhar para outros (1)
			Factores psicológicos negativos (1)
			Refeições fora de casa (1)
			Preferências pessoais diferentes do recomendado (1)
			Deixar terminar os medicamentos (1)
		Comportamentos De não adesão (1)	Não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio (1)

⁴ Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas

Quadro 26 - Categorias emergentes para os participantes parcialmente aderentes, no domínio dos comportamentos adoptados ⁵

Domínio	Participantes	Categoria Conceptual	Subcategoria Conceptual
Comportamentos Adoptados	Parcialmente Aderentes E5, E6, E7 E8	Facilitadores Da Adesão (12)	Refeições preparadas por outros, em casa (3)
			Estratégias pessoais para aderir (3)
			Reconhecer o benefício da acção (2)
			Receio das consequências (2)
			Acontecimentos anteriores marcantes (2)
		Recomendações Alimentares (8)	Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio (3)
			Escolher os alimentos com menos potássio (1)
			Eliminar os alimentos mais ricos em potássio (1)
			Reduzir a quantidade de sal (1)
			Reduzir a quantidade de alimentos ricos em potássio (2)
		Factores que Dificultam a adesão(3)	Ausência de auto controlo (1)
			Ausência de consequências da não adesão (1)
			Refeições fora de casa (1)
		Comportamentos De não adesão (2)	Não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio (1)
			Beber água gelada/gelo (1)

⁵ Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas

Quadro 27 - Categorias emergentes para os participantes não aderentes, no domínio dos comportamentos adoptados ⁶

Domínio	Participantes	Categoria Conceptual	Subcategoria Conceptual
Comportamentos Adoptados	Não Aderentes E9, E10, E11, E12	Facilitadores Da Adesão (8)	Ter ocupação (1)
			Estratégias pessoais para aderir (4)
			Reconhecer o benefício da acção (1)
			Receio das consequências (1)
			Acontecimentos anteriores marcantes (1)
		Recomendações Alimentares (4)	Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio (1)
			Evitar bebidas alcoólicas (2)
			Reduzir a quantidade de alimentos ricos em potássio (1)
		Factores que Dificultam a adesão (23)	Ausência de auto controlo (3)
			Ausência de auto eficácia (2)
			Ausência de consequências da não adesão (4)
			Ausência de ocupação (1)
			Ausência de limite de peso a tirar por tratamento (1)
			Regime terapêutico não negociado (1)
			Passado de não adesão (1)
			Refeições fora de casa (1)
			Influência social (2)
			Muitas restrições alimentares em simultâneo (1)
			Preferências pessoais diferentes do recomendado (3)
			Crenças de saúde (3)
		Comportamentos De não adesão (5)	Não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio (3)
			Não controlar a quantidade de líquidos (1)
			Beber água gelada/gelo (1)

⁶ Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas

No domínio dos comportamentos adoptados, para os *participantes aderentes* e *parcialmente aderentes* a categoria *Facilitadores da adesão* é a que está maioritariamente representada, seguida da categoria *Recomendações alimentares*. Para os *participantes não aderentes* a categoria *Factores que dificultam a adesão* é a que tem maior representatividade (23 referências) seguida da categoria *Facilitadores da adesão* (8 referências). Subcategorias comuns aos três grupos de participantes: *Estratégias pessoais para aderir*; *Reconhecer o benefício da acção*; *Acontecimento anterior marcante*; *Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio*; *Refeições fora de casa*; *Não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio*. As subcategorias emergentes dos conteúdos dos relatos dos *participantes aderentes* e dos *parcialmente aderentes* são: *Refeições preparadas por outros em casa*; *escolher os alimentos com menos potássio*; *Eliminar (da dieta) os alimentos mais ricos em potássio*; *Reduzir a quantidade de sal*. Do discurso dos participantes *parcialmente aderentes* e *não aderentes* emergiram as subcategorias: *Receio das consequências*; *Reduzir a quantidade de alimentos ricos em potássio*; *Ausência de auto controlo*; *Ausência de consequências da não adesão*; *Beber água gelada/gelo*. A subcategoria *Preferências pessoais diferentes do recomendado* é a única que é comum aos participantes *aderentes* e *não aderentes*. Emergem exclusivamente dos discursos dos *participantes aderentes* as subcategorias: *Excepções esporádicas na dieta*; *Auto controlo*; *Consultar informação escrita*; *Preferências pessoais de acordo com o recomendado*; *Quantidade de líquidos de acordo com a quantidade de urina*; *Cozinhar para outros*; *Factores psicológicos negativos*; *Deixar terminar os medicamentos*. Dos discursos dos *participantes não aderentes* emergem as subcategorias: *Ter ocupação*; *Evitar bebidas alcoólicas*; *Ausência de auto eficácia*; *Ausência de ocupação*; *Ausência de limite de peso a tirar por tratamento*; *Regime terapêutico não negociado*; *Passado de não adesão*; *Influência Social*; *Muitas restrições alimentares em simultâneo*; *Crenças de saúde*; *Não controlar a quantidade de líquidos*.

5.3. Domínio: Informação

Quadro 28 – Relação hierárquica entre as categorias conceptuais, no domínio da informação ⁷

Domínio	Categoria conceptual	Subcategoria conceptual
Informação	Percepção pessoal (7)	Bem informado (6)
		Pouco informado (1)
	Utilidade (4)	Utiliza informação escrita (2)
		Não utiliza informação escrita (2)
	Periodicidade (9)	Pré-diálise (2)
		Inicial (5)
		Época natalícia (2)
	Tipo (10)	Escrita (7)
		Oral (3)
	Coerência (2)	Informações consensuais (1)
		Informações contraditórias (1)
	Elemento da equipa que fornece a informação (10)	Não identificado pela pessoa (2)
		Enfermeira (2)
		Nutricionista (6)

Este domínio refere-se à informação relativa ao tratamento de que a pessoa dispõe. Sendo a informação, ou conhecimento sobre o tratamento um dos pressupostos da adesão, uma vez que ninguém pode aderir a determinadas recomendações se não as conhecer. Procuramos saber se a pessoa se considera bem informada, quem lhe forneceu as informações, em que momentos e se de algum modo, algum destes aspectos ou outros relacionados com a informação teriam influência na adesão. Assim da análise dos dados, neste domínio emergiram catorze subcategorias conceptuais: Bem informado, pouco informado, utiliza informação escrita, não utiliza a informação escrita, pré- diálise, inicial, época natalícia, escrita, oral, informações consensuais, informações contraditórias, não identificado pela pessoa, enfermeira e nutricionista que depois se agregaram

⁷ Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas

em seis categorias conceptuais mais amplas: Percepção pessoal (sobre o modo como está informado), utilidade (da informação), periodicidade, tipo (de informação), coerência e elemento da equipa (multidisciplinar) que fornece a informação.

Percepção pessoal: Esta categoria conceptual refere-se ao modo como a própria pessoa se considera relativamente ao conhecimento que tem das recomendações para o tratamento, e inclui as subcategorias bem informado e pouco informado, embora quase todos os participantes se considerem bem informados, há um que refere estar pouco informado e nem todos os participantes assumiram uma posição clara em relação a este domínio.

Bem informado: Nesta subcategoria incluímos as respostas em que os participantes afirmam dispor de informações suficientes e sentirem-se bem informados relativamente às recomendações para o tratamento, independentemente de aderirem ou não, “ Acho que sim.” E1-01

Pouco informado: Esta subcategoria refere-se a um participante que afirma não saber muito sobre o tratamento, “ ...Não é que saiba assim muito...já ando há muitos anos nisto, não é que saiba assim muito deste esquema...” E11-02

Tipo: O tipo de informação refere-se ao modo como a pessoa foi informada e ao tipo de informação disponível. Inclui as subcategorias oral e escrita, sendo que quase todos os participantes referem ter sido informados oralmente e por escrito, dispondo de informação escrita sobre o tratamento para consultar sempre que quiser.

Oral: Esta subcategoria diz respeito à transmissão da informação por via oral, “ ...e explicou-me o que devo comer e não...” E5-02

Escrita: Esta subcategoria refere-se ao fornecimento de informação escrita “Tenho lá o papel com tudo, que ela também me deu...” E6-03

Utilidade (da informação): Esta categoria refere-se à utilidade que a informação escrita tem para os participantes, se a utilizam no dia-a-dia ou não e se o facto de terem a informação escrita tem influência no seu comportamento de adesão. Agrega as subcategorias: utiliza a informação escrita e não utiliza informação escrita, apesar de quase todos os participantes referirem dispor de informação escrita, mas nem todos indicam de forma clara se a utilizam ou não.

Utiliza informação escrita: Nesta subcategoria agruparam-se as respostas dos participantes que afirmam consultar com regularidade a informação escrita, que lhes foi fornecida “...guio-me sempre pelo papel.” E4-04

Não utiliza informação escrita: Refere-se às situações em que os participantes afirmam não utilizar a informação escrita de que dispõem, não tendo esta influência no seu comportamento,” ...Se não o tivesse acho que era igual, com as recomendações que trazia...acho que fazia o mesmo.” E7-02

Periodicidade: Esta categoria refere-se aos momentos formais de transmissão de informações relativas ao tratamento, identificados pelos participantes e inclui os seguintes períodos: pré-diálise, inicial (no momento de entrada em diálise) e época natalícia.

Pré-diálise: Esta subcategoria refere-se ao período anterior à entrada em diálise em que a pessoa está a ser seguida na consulta de nefrologia, por insuficiência renal crónica, mas ainda sem necessitar de técnicas de substituição renal. A informação é fornecida nos hospitais centrais. O objectivo é “poupar o rim” de modo a atrasar a entrada em diálise, ou outra técnica de substituição renal, por isso as recomendações relativas à dieta são mais restritivas e as recomendações relativas à quantidade de líquidos, não existem porque habitualmente nesta fase a pessoa ainda urina eliminando assim os líquidos. Este período foi identificado por dois participantes, como ilustra o exemplo seguinte: “ Primeiro foi no hospital...”E3-02

Inicial: Esta subcategoria refere-se ao momento de entrada em diálise, em que a pessoa transita do Hospital central para um centro ambulatorio onde passará a realizar o

tratamento, três vezes por semana durante toda a vida ou até ser submetida a transplante renal. Neste caso a informação foi fornecida no centro de diálise onde se realizou o estudo, tendo sido este momento formal de transmissão de informações sobre o tratamento identificado por cinco participantes. “ Foi aqui...a primeira vez que eu vim...” E4-02.

Época natalícia: O Natal pela tradicional utilização de frutos secos, na confecção de muitos pratos típicos desta época do ano e pelos excessos alimentares que habitualmente lhe estão associados, tem merecido particular atenção, por parte dos profissionais dos centros de diálise. Alguns participantes identificaram este período como um momento formal de reforço de informação escrita, sobre a alimentação nessa quadra. “ ...quando é na altura do natal...a gente leva aquela folha com os dizeres...” E2-02.

Coerência: Esta categoria refere-se à coerência das informações fornecidas por diferentes elementos da equipa multidisciplinar, sendo que quando todos os elementos dão o mesmo tipo de informação isso contribui positivamente para a adesão e quando as informações fornecidas por diferentes elementos são diferentes, por vezes até contraditórias, esse facto acaba por ter um efeito negativo na adesão.

Informações consensuais: Refere-se a situações em que os participantes afirmam que todos os profissionais dão as mesmas informações como garantia de que está bem informado, “...todos dizem o mesmo, o regime é sempre o mesmo...” E3-01.

Informações contraditórias: refere-se a situações em que os participantes afirmam ter recebido de diferentes elementos da equipa multidisciplinar informações contraditórias que tiveram influência directa no seu comportamento de adesão, “Quer se dizer, aí há um problema grande que é o seguinte, quer dizer eu... disse ao Senhor doutor... que andava a cumprir mais ou menos o que a Sr.^a Dr.^a dietista me disse e ele... disse para começar a deitar assim um bocadinho de sal e para não fazer a tal sopa com a colher ao alto e foi assim ...e comecei a fazer...” E9-01.

Elemento da equipa multidisciplinar que fornece a informação: esta categoria conceptual refere-se ao elemento da equipa multidisciplinar do centro de diálise onde se realizou o estudo, identificada pelos participantes como sendo aquela que lhe forneceu/fornece as informações relativas ao tratamento. Agrega as subcategorias emergentes dos dados: profissional não identificado pelos participantes, enfermeira e nutricionista.

Não identificado pela pessoa: Nesta subcategoria incluíram-se as respostas em que os participantes não foram capazes de identificar a que grupo profissional pertencia a pessoa que lhe forneceu as informações, “...não sei se foi a médica ou a enfermeira...” E4-03.

Enfermeira: Neste caso, os participantes identificaram a enfermeira como sendo a pessoa que lhe forneceu as informações, “Foi aqui uma enfermeira, não sei se foi a chefe, se foi outra...” E6-02.

Nutricionista: Nesta subcategoria o elemento da equipa multidisciplinar identificado pelos participantes como sendo o que lhe forneceu a informação foi a nutricionista, sendo que alguns dos participantes identificam a pessoa como dietista, ou a senhora que trata da alimentação. Uma vez que se trata da mesma pessoa não havendo possibilidade de se estarem a referir a alguém de outro grupo profissional, foram consideradas do mesmo modo todas as designações.” ...Acho que foi a nutricionista”E1-05.

Quadro 29 - Categorias emergentes por grupo de participantes, no domínio da informação ⁸

Domínio	Participantes	Categoria Conceptual	Subcategoria Conceptual
Informação	Aderentes E1, E2, E3 e E4	Percepção pessoal (3)	Bem informado (3)
		Utilidade (3)	Utiliza informação escrita (2)
			Não utiliza informação escrita (1)
		Tipo (4)	Informação oral (1)
			Informação escrita (3)
		Periodicidade (6)	Pré - diálise (1)
			Inicial (4)
			Época natalícia (1)
		Elemento da equipa que Fornece a informação (4)	Nutricionista (2)
			Não identificado pela pessoa (2)
		Coerência (1)	Informação consensual (1)
	Parcialmente aderentes E5, E6, E7 e E8	Percepção pessoal (2)	Bem informado (2)
		Utilidade (1)	Não utiliza informação escrita (1)
		Tipo (6)	Informação oral (2)
			Informação escrita (1)
		Periodicidade (3)	Pré - diálise (1)
			Inicial (1)
			Época natalícia (1)
		Elemento da equipa que Fornece a informação (2)	Nutricionista (1)
			Enfermeira (1)
	Não aderentes E9, E10, E11 e E12	Percepção pessoal (2)	Bem informado (1)
			Pouco informado (1)
		Tipo (2)	Informação oral (1)
			Informação escrita (1)
		Elemento da equipa que Fornece a informação (4)	Nutricionista (3)
			Enfermeira (1)
		Coerência (1)	Informação contraditória (1)

⁸ Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas

No domínio da informação as categorias *Utilidade* e *Periodicidade* são comuns aos *participantes aderentes e parcialmente aderentes*. A categoria *Coerência* aparece nos *participantes aderentes e não aderentes*. As restantes categorias não comuns a todos os grupos de participantes. No que se refere às subcategorias, *Bem informado*; *Informação oral*; *Informação escrita*; *Nutricionista* são comuns aos três grupos de participantes, *Não utiliza informação escrita*; *Pré-diálise*; *Inicial*; *Época natalícia* são comuns aos *participantes aderentes e parcialmente aderentes*. *Enfermeira* é a subcategoria comum aos *participantes parcialmente aderentes e não aderentes*. As subcategorias *Utiliza informação escrita*; *Não identificado pela pessoa*; *Informação consensual* são exclusivas dos *participantes aderentes*. As subcategorias *Pouco informado e Informação contraditória* emergem apenas dos conteúdos dos relatos dos *participantes não aderentes*.

5.4. Domínio: Contributo dos enfermeiros para a adesão

Quadro 30 – Relação hierárquica entre as categorias conceptuais no domínio do contributo dos enfermeiros para a adesão ⁹

Domínio	Categoria conceptual	Subcategoria conceptual
Contributo Dos Enfermeiros Para a Adesão	Percepção dos doentes (9)	Contribuem (3)
		Não contribuem (5)
		Podiam contribuir mais (1)
	Tipo de intervenção (20)	Ausência de educação/ensino sobre adesão (5)
		Esclarecer dúvidas (5)
		Alertar para adesão (5)
		Acção limitada ao tempo de tratamento (3)
		Realizar educação/ensino sobre adesão (2)
	Comportamento de adesão (12)	Responsabilidade do doente (6)
		Responsabilidade da família (1)
		Ausência de responsabilidade do enfermeiro (5)

⁹ Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas

Este domínio refere-se ao contributo dos enfermeiros, percebido pelos participantes, no seu comportamento de adesão. Neste domínio as entrevistas são um pouco mais pobres, uma vez que os participantes tiveram alguma dificuldade em falar sobre o tema referindo mesmo que “...essa pergunta é assim um bocado....é esquisita ” E9 e “...acho que não estou habilitado a responder a isso” E4. Mesmo assim, emergiram dos dados onze subcategorias: contribuem, não contribuem, podiam contribuir mais, ausência de educação/ensino sobre adesão, esclarecer dúvidas, alertar para a adesão, acção limitada ao tempo de tratamento, realizar educação/ensino sobre adesão, responsabilidade do doente, responsabilidade da família e ausência de responsabilidade do enfermeiro que depois foram agrupadas em três categorias conceptuais de nível superior: percepção dos participantes (sobre o contributo dos enfermeiros, no seu comportamento de adesão), tipo de intervenção (dos enfermeiros, observada pelos participantes) e comportamento de adesão.

Percepção dos participantes: Esta categoria refere-se ao modo como os participantes entendem que os enfermeiros têm contribuído para o seu comportamento, no que se refere à adesão ao tratamento, inclui as subcategorias emergentes dos dados: contribuem, não contribuem e podiam contribuir mais.

Contribuem: Esta subcategoria refere-se aos casos em que os participantes afirmam que os enfermeiros têm contribuído positivamente para que cumpram as recomendações relativas ao tratamento, ou seja que os enfermeiros os têm ajudado a cumprir essas recomendações, “ ...Acho que ajudam imenso” E1-01.

Não contribuem: Nesta subcategoria incluímos os casos em que os participantes afirmam que os enfermeiros, não têm qualquer influência no seu comportamento de adesão, não dando portanto nenhum contributo “ ...Não, aí eles não vão a casa! ... Não podem fazer mais nada porque não estão lá...” E3-01. Subentende-se ainda que não contribuem, mas não podem fazer mais nada para contribuir, não está ao seu alcance e/ou não é da sua competência.

Podiam contribuir mais: Nesta subcategoria incluímos os casos em que os participantes afirmam que os enfermeiros, contribuem pouco, mas poderiam fazer mais, “ Há alturas que alguns podiam ajudar mais...” E7-01.

Tipo de intervenção: Esta categoria conceptual refere-se ao que os participantes observam (ou não observam) na actividade dos enfermeiros e que relacionam com a adesão ao tratamento. Inclui as subcategorias de nível inferior emergentes dos dados: ausência de educação/ensino sobre adesão, esclarecer dúvidas, alertar para a adesão, acção limitada ao tempo de tratamento e realizar educação/ensino sobre adesão.

Ausência de educação/ensino sobre adesão: A ausência de educação/ ensino sobre adesão, inclui todos os casos em que os participantes referem que os enfermeiros por sua iniciativa não abordam o tema da adesão, nem os questionam sobre esses aspectos, “ Não falam no assunto...não perguntam nem falam nada disso...ninguém fala sobre isso...eu não os vejo fazer isso a ninguém!”E2-01.

Esclarecer dúvidas: Nesta subcategoria incluímos todos os casos em que os participantes afirmam que os enfermeiros esclarecem as dúvidas relativas ao tratamento, se forem questionados, “ ...se lhe perguntarem, posso comer isto, ou posso comer aquilo e ele diz...” E3-04.

Alertar para a adesão: Nesta subcategoria foram incluídas as referências dos participantes às chamadas de atenção dos enfermeiros, relativamente aos riscos dos comportamentos de não adesão, por exemplo quando o ganho de peso interdialítico é excessivo os enfermeiros alertam que não devia trazer tanto peso, ou quando o doente refere que ingeriu determinados alimentos, alertam-no para a quantidade de potássio. Estes alertas ou chamadas de atenção, são maioritariamente referidos pelos participantes como conselhos, “ Dão bons conselhos, para não fazer isto, para não fazer aquilo...” E9-02.

Acção limitada ao tempo de tratamento: Esta subcategoria refere-se ao facto, referido pelos participantes, de os enfermeiros só terem influência durante o tempo de realização do

tratamento, em que a pessoa permanece no centro de diálise e os comportamentos de adesão/não adesão serem adoptados no domicílio. O facto de os enfermeiros não se deslocarem ao domicílio, implica para alguns dos participantes a impossibilidade de terem algum tipo de influência, contributo ou responsabilidade na adesão ao tratamento, “ Saindo daqui o indivíduo é autónomo...o enfermeiro está aqui, eu saio tem logo outro cliente...não podem ir comigo para me vigiar...” E3-03.

Realizar educação/ensino sobre adesão: Esta subcategoria diz respeito à referência de dois participantes a momentos em que os enfermeiros os informaram e orientaram para adequarem os seus hábitos alimentares ao que é recomendado para o tratamento, “ Os enfermeiros é que dão uma dica daqui outra dali...não debes fazer isto, não debes fazer aquilo...”E11-01

Comportamento de adesão: Esta categoria refere-se à atribuição de responsabilidades na adopção de comportamentos de adesão/não adesão ao tratamento. Engloba três subcategorias emergentes dos dados: responsabilidade de doente, responsabilidade da família e ausência de responsabilidade dos enfermeiros. A maioria dos participantes atribui a responsabilidade ao próprio doente, um refere também a família como responsável e ninguém atribui aos enfermeiros responsabilidade nessa área, referindo mesmo que os enfermeiros não têm responsabilidade nos comportamentos de adesão/não adesão adoptados.

Responsabilidade do doente: Refere-se às situações em que os participantes atribuem ao próprio doente a responsabilidade pelo comportamento que adopta, no que se refere à adesão, “...a gente às vezes é que faz o que lhe dá na cabeça...”E8-03.

Responsabilidade da família: Um dos participantes refere a família como co-responsável pelo comportamento da pessoa, “ ...Se não for a família e ele que se capacitem que tem que levar as coisas ...em rigor...”E3-03.

Ausência de responsabilidade do enfermeiro: Esta subcategoria refere-se aos casos em que os participantes expressam que os enfermeiros não têm qualquer responsabilidade no seu

comportamento de adesão/não adesão, “ ...Não podem fazer mais nada que o que fazem, é impossível. Já fazem tudo...” E8-03.

Quadro 31 – Categorias emergentes por grupo de participantes, no domínio do contributo dos enfermeiros para a adesão ¹⁰

Domínio	Participantes	Categoria Conceptual	Subcategoria Conceptual
Contributo Dos Enfermeiros Para a adesão	Aderentes E1, E2, E3 e E4	Percepção dos participantes (4)	Contribuem (1)
			Não contribuem (3)
		Tipo de intervenção (9)	Ausência de educação/ensino sobre adesão (3)
			Esclarecer dúvidas (3)
			Alertar para adesão (2)
			Acção limitada ao tempo de tratamento (1)
		Comportamento de Adesão (3)	Responsabilidade do doente (1)
			Responsabilidade da família (1)
			Ausência de responsabilidade do enfermeiro (1)
	Parcialmente Aderentes E5, E6, E7 e E8	Percepção dos participantes (3)	Não contribuem (1)
			Contribuem (1)
			Podiam contribuir mais (1)
		Tipo de intervenção (4)	Ausência de educação/ensino sobre adesão (1)
			Esclarecer dúvidas (2)
			Alertar para adesão (1)
		Comportamento de adesão (4)	Responsabilidade do doente (2)
			Ausência de responsabilidade do enfermeiro (2)
	Não aderentes E9,E10, E11 e E12	Percepção dos participantes (2)	Não contribuem (1)
			Contribuem (1)
		Tipo de intervenção (7)	Ausência de educação/ensino sobre adesão (1)
			Acção limitada ao tempo de tratamento (2)
			Alertar para adesão (2)
			Realizar educação/ensino sobre adesão (2)
		Comportamento de adesão (5)	Responsabilidade do doente (3)
			Ausência de responsabilidade do enfermeiro (2)

No domínio do contributo dos enfermeiros para a adesão, as categorias são comuns a todos os grupos de participantes. Nas subcategorias verificam-se algumas diferenças. As subcategorias:

¹⁰ Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas

Contribuem; Não contribuem; Ausência de educação/ ensino sobre adesão; Alertar para a adesão; Responsabilidade do doente; Ausências de responsabilidade do enfermeiro são comuns aos três grupos de participantes. Esclarecer dúvidas é uma subcategoria que emerge dos discursos dos participantes aderentes e parcialmente aderentes. Enquanto Acção limitada ao tempo de tratamento é comum aos participantes aderentes e não aderentes. A subcategoria Responsabilidade da família é exclusiva dos participantes aderentes, Podiam contribuir mais é exclusiva dos participantes parcialmente aderentes e Realizar educação/ensino sobre adesão emerge exclusivamente do conteúdo dos relatos dos participantes não aderentes.

5.5. Domínio: Papel dos enfermeiros no tratamento

Quadro 32 – Relação hierárquica entre as categorias conceptuais no domínio do papel dos enfermeiros no tratamento ¹¹

Domínio	Categoria Conceptual	Subcategoria Conceptual
Papel dos enfermeiros no tratamento	Componente técnica (28)	Actuação eficaz em situações agudas (6)
		Manutenção e vigilância do tratamento (8)
		Punção do acesso vascular (7)
		Procedimentos para iniciar o tratamento (5)
		Procedimentos para terminar tratamento (2)
	Componente relacional (10)	Dar atenção (3)
		Ajudar (5)
		Demonstrar interesse (2)

¹¹ Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas

Este domínio refere-se ao que os participantes percebem como sendo o papel dos enfermeiros no seu tratamento, o que é que eles fazem? Emergiram dos dados oito subcategorias conceptuais: actuação eficaz em situações agudas, manutenção e vigilância do tratamento, punção do acesso vascular, procedimentos para iniciar o tratamento, procedimentos para terminar o tratamento, dar atenção, ajudar e demonstrar interesse que posteriormente foram agrupadas em duas categorias de nível superior: componente técnica e componente relacional.

Componente técnica: Esta categoria conceptual refere-se à vertente técnica ou instrumental dos cuidados de enfermagem. Resulta das subcategorias: actuação eficaz em situações agudas, manutenção e vigilância do tratamento, punção do acesso vascular, procedimentos para iniciar o tratamento e procedimentos para terminar o tratamento. A componente técnica é a que tem maior representação no que é o papel dos enfermeiros, percebido pelos participantes.

Actuação eficaz em situações agudas: Esta subcategoria refere-se às referências dos participantes a situações pontuais que podem acontecer durante o tratamento e em que os enfermeiros têm uma actuação rápida e eficaz, resolvendo a situação, como é o caso das câibras ou hipotensões. “ Acodem à gente, quando a gente precisa...” E1-04.

Manutenção e vigilância do tratamento: Esta subcategoria refere-se aos aspectos referidos, relacionados com a manutenção do tratamento e com a vigilância do mesmo nomeadamente o ajustamento dos monitores de diálise a vigilância dos doentes, a monitorização dos parâmetros vitais e a prevenção de complicações. “ Ele está aqui para...fazer com que corra tudo bem...”E3-07.

Punção do acesso vascular: A punção do acesso vascular é um dos aspectos da componente técnica, mais valorizados pelos participantes. É o único aspecto da componente técnica em que fazem distinções entre os enfermeiros, preferindo os mais experientes e os mais cuidadosos nas punções.” ...uns melhores que outros, talvez na maneira de picarem, há uns que são mais cuidadosos que outros...” E7-01.

Procedimentos para iniciar o tratamento: Nesta subcategoria estão incluídos todos os aspectos relacionados com a preparação dos monitores de diálise, a conexão do doente ao monitor, através do acesso vascular e a programação do tratamento de acordo com a estratégia de diálise prescrita. “ Eles ligam bem...”E5-03.

Procedimentos para terminar o tratamento: Esta subcategoria refere-se a todos os procedimentos inerentes ao final do tratamento, nomeadamente: reinfundir o sangue, desconectar o doente do monitor, executar os pensos e colocar os monitores em desinfecção.” ...vêm para me desligar...” E6-01.

Componente relacional: Esta categoria conceptual refere-se aos aspectos do papel dos enfermeiros no tratamento, identificados pelos participantes, no âmbito da relação enfermeiro/doente. Alguns aspectos são apresentados como sugestões de melhoria, do que deveriam fazer, ou que alguns enfermeiros fazem de maneira diferente, mas que é mais do agrado dos participantes. Agrega as subcategorias: dar atenção, ajudar e demonstrar interesse.

Dar atenção: Esta subcategoria refere-se aos aspectos da componente relacional, mais do âmbito da comunicação verbal, nomeadamente a prontidão na resposta quando solicitado, o tempo dedicado a conversar com a pessoa e a incentivá-la a apresentar as suas dúvidas e dificuldades. “Há uns que vão mais vezes à beira da gente perguntar se estão bem ou não...” E2-02

Ajudar: Esta subcategoria integra os aspectos da relação mais no âmbito da comunicação não verbal, estar junto do doente, mostrar-se disponível para o ajudar e apoiar. ”... Os enfermeiros andavam mais por ali ...”E4-02

Demonstrar interesse: Esta subcategoria refere-se à percepção dos participantes de que os enfermeiros os respeitam, que se preocupam com eles e fazem tudo o que é possível para os ajudar. ”...Há um respeito assim mútuo pelo doente, quer se dizer, fazem tudo pelo doente!” E12-01

Quadro 33 – Categorias emergentes por grupos de participantes, no domínio do papel dos enfermeiros no tratamento ¹²

Domínio	Participantes	Categoria Conceptual	Subcategoria Conceptual
Papel dos enfermeiros no tratamento	Aderentes E1, E2, E3 e E4	Componente relacional (6)	Dar atenção (2)
			Ajudar (4)
		Componente técnica (10)	Acção eficaz em situações agudas (3)
			Manutenção e vigilância do tratamento (3)
			Punção do acesso vascular (2)
			Procedimentos para iniciar o tratamento (1)
			Procedimentos para terminar o tratamento (1)
	Parcialmente Aderentes E5, E6, E7 e E8	Componente relacional (2)	Dar atenção (1)
			Ajudar (1)
		Componente técnica (8)	Acção eficaz em situações agudas (1)
			Manutenção e vigilância do tratamento (2)
			Punção do acesso vascular (1)
			Procedimentos para iniciar o tratamento (3)
			Procedimentos para terminar o tratamento (1)
	Não aderentes E9, E10, E11 e E12	Componente Relacional (2)	Demonstrar interesse (2)
		Componente técnica (10)	Acção eficaz em situações agudas (1)
			Manutenção e vigilância do tratamento (4)
			Punção do acesso vascular (4)
			Procedimentos para iniciar o tratamento (1)

¹² Nota: Os números apresentados entre parêntesis referem-se ao número de vezes que cada categoria e subcategoria foram identificadas nas entrevistas

Neste domínio, as categorias construídas emergem dos conteúdos dos relatos de todos os grupos de participantes. Verifica-se para todos os grupos de participantes um predomínio da *Componente técnica* sobre a *Componente relacional* e é nos *participantes aderentes* que esta categoria tem maior representatividade (6 referências).

As subcategorias: Acção eficaz em situações agudas; Manutenção e vigilância do tratamento; Punção do acesso vascular; Procedimentos para iniciar o tratamento são comuns a todos os grupos de participantes. As subcategorias: Dar atenção; Ajudar; Procedimentos para terminar o tratamento são comuns aos participantes aderentes e parcialmente aderentes. Demonstrar interesse é uma subcategoria exclusiva dos participantes não aderentes.

6. Diário de Alimentos e Medicamentos

Os diários de alimentos, líquidos e medicamentos foram codificados, utilizando um código alfa numérico, de modo a que o número de cada diário coincide com o número que foi atribuído a cada participante na codificação das entrevistas. Por exemplo o diário D1 corresponde ao mesmo participante que a entrevista E1.

Em cada diário o conteúdo referente aos alimentos e líquidos ingeridos durante uma semana foi comparado com as recomendações escritas fornecidas a cada utente quando iniciam tratamento, de modo a verificar os seguintes parâmetros: referencia a alimentos e líquidos recomendados, presença de alimentos e líquidos que devem ser ingeridos com moderação e ingestão de alimentos e líquidos não recomendados.

O conteúdo referente aos medicamentos tomados, dose e horário foi comparado com as prescrições médicas constantes nos processos clínicos individuais. A quantidade de líquidos não foi tida em consideração uma vez que o ganho de peso interdialítico, nos indica se a ingestão foi excessiva ou não. Os diários estão relacionados com o domínio dos comportamentos adoptados e foram realizados com o intuito de verificar a correspondência entre os relatos das entrevistas e os hábitos alimentares dos participantes. No quadro seguinte apresentamos uma síntese dessa análise. Na sequência do quadro, faremos uma apreciação global de cada diário, considerando

também os valores analíticos do participante, e o ganho de peso interdialítico, quando considerado relevante.

Quadro 34 – Diários de alimentos e medicamentos ¹³

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
Bebidas recomendadas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bebidas não recomendadas		X	X	X	X (1x)		X		X	X	X	X
Alimentos recomendados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alimentos que devem ser ingeridos em quantidade moderada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Alimentos que devem ser ingeridos em quantidade moderada, ingeridos em quantidade abundante		X			X	X	X		X	X	X	X
Alimentos não recomendados				X (1x)	X		X (1x)		X	X		X
Medicação como prescrito	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X
Medicação diferente do prescrito		X								X		

¹³ Nota: O X refere-se à correspondência entre as condições descritas na primeira coluna e os dados constantes nos diários de alimentos e medicamentos de cada participante; (1x), indica a referência no diário a condições descritas na primeira coluna, como comportamentos esporádicos, que aconteceram por exemplo porque no período em análise se verificou uma festa. As colunas correspondentes aos participantes 1 e 8 (diários D1 e D8) apresentam-se coloridas, para realçar que se verificaram nesses diários a totalidade dos comportamentos de adesão em análise.

Podemos observar que só o participante 1 e o participante 8, durante a semana em análise, adotaram na totalidade, comportamentos de adesão. Verifica-se maior tendência para ingerir em quantidade abundante ou com muita frequência, alimentos que devem ser ingeridos com moderação, dos participantes parcialmente aderentes e dos participantes não aderentes. A mesma tendência verifica-se para a ingestão de alimentos não recomendados.

Passamos agora à análise global, individual. O participante E1-D1 refere uma alimentação regrada, com cinco refeições por dia em horários certos. Tem uma alimentação variada. Ingerir pouco leite, duas peças de fruta e um a dois pães por dia. O participante E2-D2 é muito irregular em termos de horários, nem sempre toma pequeno-almoço. Oscila entre três e cinco refeições por dia. Refere quatro refeições com “fritos” na semana. Não come fruta diariamente, no entanto numa semana refere três bananas. O participante E3-D3 refere uma alimentação regrada, faz sempre cinco refeições por dia. Bebe pouco leite, come três a quatro pães e duas peças de fruta por dia, mas muitas vezes uma delas é cozida. O participante E4-D4 refere cinco refeições em horários regulares. Não ingere leite nem derivados. Come em média duas peças de fruta por dia e dois a três pães. O participante E5-D5 faz quatro ou cinco refeições por dia, não toma leite e derivados só refere um iogurte. Tem valores analíticos de fósforo habitualmente altos e ingere por vezes cinco pães. Refere pelo menos uma peça de fruta por dia, mas nos dias de diálise come quatro ou cinco. Refere numa semana, três bananas. O participante E6-D6 faz três ou quatro refeições por dia (quatro no dia de diálise), não come fruta, poucos legumes, não toma leite e derivados só queijo. Todos os dias, o almoço ou o jantar inclui bacalhau e por vezes ambos. A alimentação é pouco variada. O participante E7-D7 faz sempre cinco refeições diárias. Toma diariamente leite com chocolate, come em média três pães e três a cinco peças de fruta por dia, refere quatro bananas numa semana. Refere diariamente oito a nove copos de líquidos. O participante E8-D8 faz quatro a cinco refeições por dia. Não toma leite nem derivados, não come fruta diariamente, quando come é uma peça e meia. Oscila entre um e três pães por dia. Não come proteínas em todas as refeições, o jantar é muitas vezes, sopa branca e ao almoço muitas vezes só come o arroz ou massa. O participante E9-D9 faz quatro refeições por dia, só come uma peça de fruta por dia, maçã ou pêra, come em média quatro pães, não bebe água, ingere com muita frequência, refrigerantes. O participante E10-D10 faz pelo menos sete refeições por dia e refere vários alimentos ingeridos fora dessas refeições. Bebe por dia dois litros de Coca-Cola, além da água. Bebe pouco leite, praticamente não come fruta (uma maçã em uma semana). Come

muito pão, de centeio nos dias em que não faz diálise e de centeio e trigo nos dias de diálise, sempre pelo menos seis. Alimentação muito à base de carnes fumadas e bacalhau. Refere muitos excessos (um folar inteiro, num dia, um pacote de amêndoas e uma pasta de chocolate inteira num dia). O participante E11-D11 faz em média cinco refeições por dia, embora não seja muito regular. Refere onze bolos, numa semana, se considerarmos os croissants e os pães-de-leite e a utilização de pão integral, alimentos que devem ser evitados por quem tem o fósforo elevado, como é o caso. O consumo de sumos de fruta é muito frequente e come por dia pelo menos duas peças de fruta, mas frequentemente três. É muito frequente o recurso a alimentos compostos como empadas, crepes, e bolos. Bebe leite achocolatado e iogurtes quase diariamente. Come entre dois a quatro pães por dia. O participante E12-D12 faz diariamente três ou quatro refeições, é muito regular, sem grandes oscilações. Come três a quatro pães por dia. Não come fruta. Alimentação à base de carne e bacalhau. Refere que ao almoço se serve sempre duas vezes, o jantar em geral é mais ligeiro. Refere cerca de nove copos de líquidos por dia, o que se traduz em excessivo ganho de peso interdialítico, sistematicamente.

Relativamente aos fármacos após comparação com as prescrições concluímos que apenas dois participantes não tomam a medicação como prescrito, um pertencente ao grupo de participantes aderentes e outro ao grupo de participantes não aderentes. (Anexo VI)

Um participante aderente parece estar ainda numa fase em que não aceitou a doença e até psicologicamente fragilizado, pelo que não apresenta o mesmo padrão de comportamento dos restantes elementos do grupo de participantes aderentes a que pertence, de acordo com critérios de adesão definidos. Ao longo de toda a entrevista foi dando respostas vagas, refere que não tomava a medicação, como sendo um comportamento do passado e não é claro em relação ao comportamento actual. Usa a expressão “agora...vou tomando”, que parece indicar que toma a medicação como prescrito, o que não se confirma comparando o diário com a prescrição médica.

Podemos concluir que os diários de alimentos e medicamentos, em geral confirmam os dados fornecidos na entrevista relativamente aos comportamentos de adesão adoptados, nomeadamente no que se refere, à alimentação, aos líquidos e medicamentos.

7. Síntese dos resultados do estudo qualitativo

Com o objectivo de sistematizar os resultados e facilitar a discussão iremos apresentar uma síntese dos principais resultados do estudo qualitativo.

Assim, os factores identificados com impacto positivo na adesão, por ordem decrescente, considerando o número de referências, são:

- As estratégias pessoais encontradas pelos participantes para integrar o regime terapêutico nos seus hábitos diários, pondo em prática as recomendações dos profissionais de saúde relativamente ao regime terapêutico a seguir, revelaram-se importantes para todas as componentes do regime terapêutico: dieta, quantidade de líquidos e medicamentos;
- O facto de realizar as refeições em casa, quando preparadas por outros, habitualmente a esposa, contribui positivamente para a adesão à dieta;
- Reconhecer benefícios, resultantes do cumprimento das recomendações tem impacto positivo fundamentalmente para aderir ao regime medicamentoso;
- Os acontecimentos ou eventos de saúde marcantes, vividos pelo próprio ou observados, noutros doentes, a partir dos quais a pessoa melhora o seu comportamento de adesão;
- O receio das consequências da não adesão revelou ter um efeito positivo na adesão a todos os componentes do regime terapêutico, embora relativamente à quantidade de líquidos o ganho de peso interdialítico a partir do qual surge o receio das consequências seja muito superior ao recomendado (4,5Kg);
- As excepções esporádicas à dieta, habitualmente em dias de festa, ou por decisão pessoal manifestaram-se, facilitadoras da adesão ao regime alimentar;
- O autocontrolo emergiu como recurso pessoal importante para aderir à dieta e às recomendações relativas à quantidade de líquidos;
- As preferências pessoais, relativas à alimentação quando coincidentes com as recomendações, facilitam a adesão à dieta;
- A consulta de informação escrita fornecida, sempre que surgem dúvidas, tem impacto positivo na adesão à dieta;

- O facto de ter ocupação tem influência positiva no estado psicológico e consequentemente, na adesão em geral.

Os factores identificados, com impacto negativo na adopção de comportamentos de adesão foram:

- A ausência de consequências percebidas como resultantes da não adesão, tem efeito negativo, principalmente na adesão à dieta, mas também na adesão à quantidade de líquidos;
- As preferências pessoais, quando diferentes do recomendado dificultam a adesão ao regime alimentar;
- A ausência de recursos pessoais, como o autocontrolo e a auto eficácia, condicionam comportamentos de não adesão à dieta e aos líquidos;
- As crenças de saúde revelaram-se com um impacto negativo na adesão à dieta, nomeadamente os hábitos de ingestão de bebidas alcoólicas e o consumo excessivo de sal;
- A realização das refeições fora de casa, em restaurantes, representa uma dificuldade acrescida para aderir ao regime alimentar;
- A influência social, nomeadamente a opinião dos amigos e a frequência de espaços de convívio social, dificultam a adesão à dieta e aos líquidos;
- Outros factores com menor representação, que apresentaram um impacto negativo na adesão são a ausência de ocupação, o passado de não adesão, factores psicológicos pessoais negativos, cozinhar para outros, perceber o regime terapêutico como uma imposição, não participando nas decisões sobre o mesmo, a ausência de limite de peso a retirar por tratamento que condiciona comportamentos de não adesão relativamente à quantidade de líquidos, e finalmente a complexidade do regime alimentar que, impondo simultaneamente várias restrições, nomeadamente de alimentos ricos em potássio e em fósforo, dificulta a adesão à dieta.

A maioria dos participantes de todos os grupos cumpre a recomendação alimentar: *confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio.*

Escolher, para incluir na alimentação com maior frequência, os alimentos com menos potássio (até 400 mg); reduzir a ingestão de alimentos ricos em potássio (400 a 600 mg); eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio (com mais de 600 mg); e reduzir o consumo de sal são recomendações alimentares seguidas principalmente pelos participantes aderentes e parcialmente aderentes.

Considerando todos os grupos de participantes, o comportamento de não adesão mais frequente é *não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio*. Quer os participantes parcialmente aderentes, quer os não aderentes apenas reduzem o seu consumo.

O controlo da quantidade de líquidos a ingerir, de acordo com a quantidade de urina eliminada, é uma recomendação pouco realizada.

Relativamente ao papel dos enfermeiros no tratamento, tal como é percebido pelos participantes os dados permitem-nos concluir que a componente técnica ou instrumental dos cuidados de enfermagem é a que é maioritariamente reconhecida no exercício profissional dos enfermeiros, valorizando fundamentalmente a manutenção e vigilância durante o tratamento, a punção do acesso vascular e a actuação rápida e eficaz em situações críticas. A componente relacional é considerada importante, mas tem uma menor expressão na actividade dos enfermeiros percebida pelos participantes em geral. É identificada como um aspecto positivo que sobressai na actividade de alguns enfermeiros, ou referida como um aspecto a melhorar.

De acordo com a percepção dos participantes, a acção dos enfermeiros circunscreve-se ao tempo de tratamento, ou seja ao tempo de permanência na clínica ou centro de diálise, referindo que, fora da clínica, o enfermeiro não tem responsabilidade no comportamento adoptado pela pessoa se ela decidir não aderir. No entanto, referem também que o seu contributo, relativamente à educação e aos processos de aprendizagem promotores de uma melhor adesão, durante as sessões de tratamento, poderia ser mais efectivo.

8. Discussão dos resultados do estudo qualitativo

As percepções dos participantes vão de encontro ao resultado do estudo quantitativo, no que se refere aos comportamentos de adesão, uma vez que os participantes aderentes, se declaram aderentes, os participantes parcialmente aderentes consideram-se em geral aderentes, mas não em todas as vertentes do regime terapêutico e os participantes não aderentes assumem que não aderem ao regime terapêutico, referindo-se fundamentalmente às recomendações alimentares e ao controlo da quantidade de líquidos ingeridos.

O regime medicamentoso surge como a vertente do regime terapêutico em que, de acordo com a percepção pessoal dos participantes, se verifica maior adesão, tal como no estudo realizado por Erdman, Horstman, Van Domburg, Meeter, & Balk (1993), com pessoas com IRC transplantadas, que concluiu que a não adesão nas vertentes assiduidade às consultas, dieta, exercício, realização de exames médicos e análises é muito mais prevalente que a não adesão à toma da medicação.

A adesão aos líquidos é a componente do regime terapêutico em que maior número de participantes se considera não aderente, o que é consistente com outros estudos realizados por Baldree et al., (1982) e Rosenbaum et al., (1986), citados por Christensen & Moran (1998), que referem que a adesão às recomendações relativas ao controlo da quantidade de líquidos é o mais difícil e stressante componente do regime terapêutico em hemodiálise. Este resultado não é consistente com os resultados do estudo quantitativo, de acordo com o qual mesmo nos piores meses, mais de 75% dos participantes são considerados aderentes em relação à quantidade de líquidos, o que se traduz num ganho de peso interdialítico inferior ou igual a 3 Kg. Esta diferença pode ser explicada, em relação ao estudo quantitativo, pelo facto de termos considerado, no cálculo do ganho de peso interdialítico, valores médios mensais (como já tínhamos referido). No que se refere ao estudo qualitativo, a percepção dos participantes pode traduzir, a dificuldade que sentem no dia-a-dia em controlar os líquidos, não significando necessariamente que não sejam capazes de o fazer. Importa ainda referir, que poucos participantes referem controlar a quantidade de líquidos a ingerir de acordo com a quantidade de urina eliminada por dia, significando para alguns, uma restrição de líquidos superior ao que seria necessário.

No domínio dos comportamentos adoptados, as categorias emergentes dos dados, na sua maioria encontram eco no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e noutros modelos de mudança comportamental, nos quais ele se baseia. Os factores que dificultam a adesão surgem em número crescente dos participantes aderentes, para os parcialmente aderentes e não aderentes, o que confirma o descrito no modelo, ou seja, que quanto mais barreiras percebidas à acção maior dificuldade em obter como resultado um comportamento de promoção da saúde (no nosso estudo os comportamentos de promoção da saúde são os comportamentos de adesão); a *auto eficácia percebida*, no modelo de Nola Pender refere-se à percepção pessoal sobre a capacidade para executar um comportamento, o que vai de encontro ao que emergiu nas subcategorias *autocontrolo*, *ausência de autocontrolo* e *ausência de auto eficácia*, em que a primeira facilita a adesão e as seguintes são factores que dificultam a mesma; finalmente as *influências interpessoais*, nomeadamente da família, dos pares e dos prestadores de cuidados, encontram-se nas subcategorias *influência social*, *ter ocupação* e *ausência de ocupação*, no domínio dos comportamentos adoptados e a *responsabilidade da família* no domínio do contributo dos enfermeiros para a adesão (Sakraida, 2004).

No domínio da informação parece haver uma relação positiva entre esta e a adesão, tal como encontramos descrito na literatura científica. De acordo com as suas próprias percepções os participantes aderentes consideram-se em geral bem informados, os parcialmente aderentes, consideram-se bem informados em menor número e no grupo de participantes não aderentes há quem se considere pouco informado. No entanto a subcategoria *Bem informado*, emergiu em todos os grupos de participantes o que também confirma o que se encontra descrito na literatura: a informação é um pré requisito importante mas por si só não é suficiente para levar a pessoa a aderir (WHO, 2003); (Teixeira, 2004). O tipo de informação fornecida (oral ou escrita) parece, inicialmente, não ter influência na adesão pois os três grupos de participantes referem ter recebido informação nos dois formatos, mas apenas os participantes aderentes referem consultar a informação escrita de que dispõe, o que nos parece um dado importante que corrobora o modelo da hipótese cognitiva de adesão de Ley, na medida em que este refere que um dos aspectos importantes para prever a adesão é a capacidade de recordar a informação veiculada pelos profissionais de saúde, neste caso consultando a informação escrita fornecida. Verificou-se ainda, que só os participantes aderentes e os parcialmente aderentes referiram momentos formais de interacção com os profissionais de saúde em que lhes é fornecida informação como é o caso do

momento de admissão na clínica e da época natalícia. Como o procedimento é geral e igual para todos os utentes da clínica, poderemos depreender que os participantes não aderentes não atribuíram significado a esses momentos informativos bem como às informações aí fornecidas. A coerência da informação fornecida por diferentes elementos da equipa multidisciplinar, tal como referido por Teixeira (2004), parece ter influência positiva na adesão, pois esta foi referida pelos participantes aderentes como motivação para aderir e pelos participantes não aderentes como justificação para não cumprir as recomendações.

De acordo com a percepção da maioria dos participantes, os enfermeiros não contribuem para a adesão, sendo que atribuem toda a responsabilidade, no que se refere à adopção de comportamentos de adesão a si mesmos e à família. Estes resultados podem ser explicados pela ausência de conhecimento dos participantes sobre a temática da adesão e sobre a globalidade da intervenção profissional dos enfermeiros, que lhes permitam identificar o contributo dos mesmos na promoção da adesão ao regime terapêutico. Salienta-se ainda o facto de os conteúdos dos relatos dos participantes relativamente aos domínios *contributo dos enfermeiros para a adesão e papel dos enfermeiros no tratamento* serem pobres, comparativamente aos domínios *percepção pessoal de adesão, informação e comportamentos adoptados*.

A ausência de acções de educação e ensino sobre as vantagens de aderir ao tratamento, emergente dos relatos dos participantes parcialmente aderentes e não aderentes, poderão ajudar a explicar a não adesão ao esquema terapêutico. A evidência científica produzida sobre esta temática reforça a importância dos processos educativos geradores de comportamentos de procura de saúde.

Segundo Bugalho & Carneiro (2004), o elevado número de estudos que utilizam os processos educativos para melhorar a adesão terapêutica, traduz o reconhecimento da sua importância, embora seja consensual, na maioria dos artigos, a sua pequena eficácia se utilizados isoladamente. Um estudo de meta-análise sobre diabetes realizado por Norris et al., (2002), citado por WHO (2003), revelou que a educação sobre a auto-monitorização da glicemia capilar melhorava os níveis de glicemia apresentados na consulta de *follow-up* seguinte. Katchen et al., (1986), citado por WHO (2003), usou um programa educativo para enfatizar a importância da adesão num grupo de hipertensos, tendo verificado uma diminuição da tensão arterial sistólica e diastólica dos participantes durante a intervenção, bem como um melhor controlo da tensão arterial após o programa. Monnikhof et al., (2003), e Toelle et al., (2003), citados por Bugalho &

Carneiro (2004), realizaram estudos no âmbito da DPOC e da asma, respectivamente, que confirmam a necessidade de englobar a intervenção educacional no contexto de um plano terapêutico global e adaptado.

No que se refere às terapêuticas de enfermagem, as subcategorias conceptuais emergentes dos dados, assim como as categorias e subcategorias referentes ao domínio *papel dos enfermeiros no tratamento*, encontram eco em cinco, dos sete domínios dos cuidados de enfermagem definidos por Benner (2001): A função de ajuda; a função de educação, de guia; a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida; a administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos.

Apesar de, segundo a percepção da generalidade dos participantes, os enfermeiros não contribuírem para a adesão ao regime terapêutico, alguns referem que os enfermeiros poderiam ter uma maior eficácia na promoção dessa mesma adesão. Apresentam como exemplos do que poderiam fazer aspectos da relação enfermeiro doente, como conversar, apoiar e dar atenção. Quanto ao papel dos enfermeiros no tratamento, percebido pelos participantes do estudo, há um claro predomínio da componente técnica sobre a componente relacional. Um dado curioso é que a componente relacional emergiu apenas para os participantes aderentes e não aderentes, embora com maior expressão no grupo de participantes aderentes, confirmando os dados da literatura que indicam a qualidade da relação que se estabelece como um factor importante na adesão mas também ele só por si insuficiente para a explicar (WHO, 2003).

Os aspectos identificados pelos participantes do nosso estudo, no que se refere à interacção que estabelecem com os enfermeiros, quer aqueles que estão presentes na relação, quer os que são referidos como pouco frequentes ou ausentes relativamente à relação que estabelecem com alguns enfermeiros, vão de encontro aos resultados apresentados por Lopes, (2006), referindo-se à perspectiva dos doentes sobre a “relação com a enfermeira”: a simpatia, o carinho, o interesse /preocupação, a presença, o apoio /ajuda, o respeito e a escuta.

Capítulo V - Síntese final dos resultados dos dois estudos

Iremos proceder de seguida a uma análise e síntese finais, cruzando e comparando os resultados dos dois estudos, de modo a evidenciar as principais implicações para a prática dos cuidados de enfermagem, tendo como foco a adesão ao regime terapêutico.

Neste estudo, os diários alimentares e de medicamentos permitiram-nos um conhecimento mais profundo dos hábitos alimentares individuais e identificar erros que as pessoas cometiam inconscientemente e que facilmente foram identificados por nós, no que se refere à alimentação e aos líquidos ingeridos. Em relação aos medicamentos quando os dados dos diários não coincidiam com as prescrições constantes no processo clínico, esclarecemos com o médico se as prescrições estavam actualizadas, o que nalguns casos inicialmente não se verificava. Os diários podem ser um recurso facilmente utilizável para monitorizar a ingestão de alimentos e líquidos, adequar as recomendações às necessidades individuais, sugerir estratégias mais adaptadas às características individuais e por isso mais facilmente utilizáveis pela pessoa, identificar e corrigir rapidamente, eventuais erros dos quais a pessoa possa não ter ainda consciência. Poderão ainda constituir um meio eficaz de comprometer as pessoas com a adopção dos comportamentos desejáveis e proporcionar aos enfermeiros um conhecimento mais alargado de estratégias utilizadas pelas pessoas que aderem, referentes à integração do regime terapêutico nos seus hábitos de vida, que poderão ser partilhadas com outras pessoas no sentido de melhorar o seu comportamento de adesão.

Os resultados obtidos no estudo quantitativo, nomeadamente: uma elevada prevalência de não adesão, superior para a dieta relativamente aos líquidos; uma associação positiva baixa entre os valores analíticos de potássio e de fósforo e o ganho de peso interdialítico, que sugere que quem for não aderente em relação à dieta, também será não aderente em relação aos líquidos e vice-versa; o facto de, os homens apresentarem em média, um ganho de peso interdialítico superior ao das mulheres, compatível com as dificuldades referidas pelos participantes do sexo masculino, no estudo qualitativo quanto à influência dos amigos e à frequência de espaços de convívio social; o facto de os participantes mais novos apresentarem em média valores de potássio e ganho de peso interdialítico superior ao dos participantes mais velhos, sugerindo, tal como é referido na generalidade da literatura, que a idade tem influência positiva na adesão (WHO, 2003); a variação dos valores analíticos ao longo dos meses, mais concretamente os valores do mês de Setembro, que evidencia a importância de se monitorizar a adesão, tornando possível a realização de intervenções preventivas, noutros períodos do ano, além da época natalícia; mostram-nos a

extensão do problema da não adesão e quando relacionados com os resultados do estudo qualitativo, dão algumas pistas de estratégias que poderão contribuir para melhorar a adesão, nesta população.

Comparando os resultados do estudo quantitativo, com os do estudo qualitativo e com os diários alimentares e de medicamentos, podemos concluir que os diários na generalidade, confirmam os dados obtidos nas entrevistas, relativamente aos comportamentos de adesão referidos e que as medidas indirectas de adesão, como é o caso dos relatos dos participantes, conduziram a resultados consistentes com os do estudo quantitativo, em que usamos os valores bioquímicos como medidas objectivas de adesão, excepto no que se refere ao ganho de peso interdialítico, provavelmente pelos motivos já apresentados.

Os dados obtidos nas entrevistas e os diários de alimentos do grupo de participantes parcialmente aderentes, tornam evidentes os motivos pelos quais estes participantes apesar de se considerarem aderentes, não apresentam os mesmos resultados, no que se refere aos valores bioquímicos desejáveis, que os participantes aderentes. As pessoas consideradas parcialmente aderentes ainda não são totalmente capazes de integrar o esquema terapêutico no seu dia-a-dia, pois ainda não demonstram possuir todos os conhecimentos necessários, em relação à dieta adequada à sua condição de saúde e ao controlo da quantidade de líquidos, como podemos verificar na análise das entrevistas e nos diários de alimentos (Anexo VII). Neste caso mantém-se o diagnóstico de enfermagem *capacidade para gerir o regime comprometida* e é necessário manter ou reformular as intervenções de enfermagem, nomeadamente: ensinar sobre regime alimentar adequado, ensinar sobre controlo da quantidade de líquidos, instruir sobre estratégias para controlar a quantidade de líquidos e treinar para controlar a quantidade de líquidos.

No que se refere aos participantes aderentes, tendo em conta que a adesão é um fenómeno dinâmico, a intervenção profissional dos enfermeiros visa essencialmente a monitorização e vigilância da adesão de modo a identificar precocemente necessidades de intervenção e apoiar a pessoa para que mantenha os comportamentos desejados. Quanto aos participantes não aderentes parece haver duas situações distintas: pessoas que considerando-se bem informadas acerca da doença e do tratamento decidiram não aderir e pessoas que querem aderir mas não dispõem de recursos pessoais psicológicos que lhes permitam mudar o seu comportamento de saúde. Os que decidiram não aderir, se a sua decisão foi livre e esclarecida, devem ser apoiados pelos enfermeiros no respeito pelo seu projecto de vida e de saúde. Salienta-se do nosso estudo o

facto de os participantes manifestarem, embora não de forma directa, que os enfermeiros respeitam a sua opção, ao referirem que não os pressionam constantemente para adoptarem os comportamentos que consideram desejáveis, apenas os alertam para os perigos que podem resultar do seu comportamento. Este modo de proceder poderá basear-se na responsabilidade sentida pelos enfermeiros em garantir que as pessoas disponham de todas as informações necessárias para decidir. Os que não dispõem dos recursos psicológicos pessoais necessários para lidar com as mudanças comportamentais inerentes à sua condição de saúde e com a sua manutenção, requerem uma abordagem mais complexa e multidisciplinar. No caso destes participantes do nosso estudo e outros utentes da clínica de diálise onde o mesmo se realizou, eventualmente com necessidades semelhantes, poderiam ser referenciados para uma consulta de psicologia, uma vez que o psicólogo não faz parte da equipa multidisciplinar.

Apesar das contribuições que estes dois estudos apresentam, consideramos importante referir as dificuldades que os limites de tempo e as circunstâncias dos mesmos acabaram por gerar e às quais poderemos estar mais atentos em estudos futuros. Essas limitações prendem-se fundamentalmente com:

- alguma dificuldade na condução das entrevistas, que se esperavam mais ricas nos domínios do papel dos enfermeiros no tratamento e contributo dos enfermeiros para a adesão e que resultou em respostas mais sucintas;
- o número reduzido de participantes de cada grupo (aderentes, parcialmente aderentes e não aderentes), condicionado pelo número reduzido de aderentes encontrados na primeira fase da investigação (estudo quantitativo) e que não tínhamos previsto, o que limitou as possibilidades de comparação.

Conclusões

A adesão ao regime terapêutico assume uma grande importância no mundo actual, representando uma enorme preocupação para as políticas de saúde. O envelhecimento progressivo da população e o aumento das doenças crónicas traduz-se num aumento exponencial dos gastos com a saúde. *“Prevê-se que o impacto económico mundial das doenças crónicas continue a crescer até 2020, altura em que corresponderá a 65% das despesas para a saúde em todo o mundo”* (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 9). Importa pois, definitiva e efectivamente, integrar a temática da adesão ao regime terapêutico, nos curricula dos cursos de todos os profissionais de saúde, uma vez que, só uma abordagem multidisciplinar produzirá os resultados desejados. Todos os profissionais de saúde, deverão dispor de formação e treino, que lhes permitam, cada um na sua área definir e implementar intervenções para melhorar/aumentar a adesão ao regime terapêutico (WHO, 2003).

Tendo os enfermeiros um papel preponderante na problemática da adesão, parece-nos poder afirmar que, globalmente, no contexto em que se realizou o presente estudo, este fenómeno ainda não é assumido pelos enfermeiros, como uma prática profissionalizada do seu exercício. Os resultados do estudo, embora não possam ser generalizados vão de encontro à nossa ideia inicial de que a intervenção dos enfermeiros no que se refere à adesão é um processo ainda pouco sistematizado e intencional. De acordo com a percepção dos participantes no estudo a intervenção dos enfermeiros relativamente à adesão limita-se ao esclarecimento de dúvidas, quando interpelados nesse sentido, o que também corresponde à nossa percepção pessoal.

Partindo dos objectivos inicialmente traçados para este estudo, verificamos que, no contexto em que o mesmo se realizou, a percentagem de pessoas que aderem ao regime terapêutico é bastante baixa, 6,7% dos participantes. Mesmo se considerarmos a existência de um grupo intermédio, que é tendencialmente aderente e se assume como tal, apesar de não cumprir todos os requisitos inicialmente definidos, o número de não aderentes é muito elevado, 55,4% dos participantes, o que excede largamente as expectativas, apesar da nossa percepção inicial ser no sentido de uma elevada prevalência de não adesão.

A educação e mais concretamente a educação para a saúde, revela-se como um recurso fundamental, na intervenção terapêutica dos enfermeiros, promotora de uma melhor adesão. Deste modo, face aos resultados obtidos com esta pesquisa, as terapêuticas de enfermagem, tendo por foco a promoção de comportamentos de adesão, como processo intencional da acção

profissional dos enfermeiros do contexto onde se realizou o estudo, afigura-se como uma excelente oportunidade de desenvolvimento das suas práticas.

De acordo com os resultados obtidos concluímos que alguns procedimentos habituais, realizados pelos enfermeiros ou outros profissionais, no contexto onde se realizou o estudo têm um impacto positivo na adesão devendo manter-se e /ou ser melhorados, como é o caso da entrevista de acolhimento realizada de forma sistemática a todas as pessoas com IRC que iniciam um programa regular de hemodiálise e sua família ou convivente no momento da admissão, o reforço de informação relativamente à alimentação na quadra natalícia, o fornecimento de informação escrita que a pessoa pode consultar em casa se tiver dúvidas e os alertas e esclarecimentos adicionais proporcionados informalmente pelos enfermeiros, sempre que consideram necessário ou quando questionados directamente.

Os resultados do estudo e a revisão de literatura realizada, sobre o fenómeno da adesão, permitem-nos sugerir, além da intervenção individual, orientada pelo modelo de promoção da saúde de Nola Pender e da inclusão de um psicólogo na equipa multidisciplinar, a introdução de algumas medidas gerais relacionadas com a organização do trabalho, que poderão facilitar a vigilância e monitorização do fenómeno da adesão e a prescrição atempada das intervenções mais adequadas a cada pessoa. Assim sugerimos:

- A continuidade da entrevista de acolhimento inicial, por exemplo, três e seis semanas após a admissão. Por um lado, procurando identificar e compreender as dificuldades sentidas pela pessoa e família e esclarecer dúvidas que possam persistir. Por outro lado, para perceber o nível de consciencialização e o significado atribuído pelos mesmos, face à necessidade mudança dos comportamentos decorrente da sua nova condição de saúde;
- O recurso ao método de trabalho por enfermeiro de referência, que poderá facilitar o desenvolvimento de uma relação terapêutica promotora da adesão;
- A realização de acções de educação /ensino sobre a adesão periodicamente, recorrendo ao grupo de pares;
- O reforço de informação sobre o regime alimentar em outros períodos críticos, além do Natal, como pode ser o caso da Páscoa, do período de férias e da época das vindimas e magustos;

- A solicitação periódica de diários alimentares e de medicamentos, como forma de monitorizar os comportamentos adoptados.

No âmbito da adesão ao regime terapêutico, os ganhos em saúde resultam do contributo de todos os profissionais envolvidos, em que cada um deve dar o seu contributo particular, de acordo com o seu mandato social. Este estudo pode ser um pretexto ou o ponto de partida para a realização de outras pesquisas visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto de cuidados de saúde. A partir da partilha dos resultados deste estudo com a equipa de enfermagem, seria interessante iniciar um percurso de reflexão sobre as práticas em uso relativamente ao fenómeno estudado, através de um processo intencional, perspectivando as mudanças necessárias, para melhorar ou introduzir intervenções com impacto positivo nos comportamentos de adesão suportadas e validadas pela investigação.

Os enfermeiros, pela natureza das terapêuticas de enfermagem, ou seja, pela intensidade da relação que estabelecem com os doentes e suas famílias, inerente à frequência e ao tempo de contacto durante as sessões de tratamento, muito significativos (três vezes por semana durante quatro horas), pela *informalidade* que caracteriza a sua interacção e que é muito valorizada pelas pessoas doentes, têm um espaço de intervenção privilegiado neste contexto de actuação multi-profissional, com vista a promover a consciencialização deste grupo de pessoas para aderirem ao regime terapêutico.

Decorre da teoria de enfermagem que os enfermeiros têm, por foco central, através da relação interpessoal, ajudar as pessoas a vivenciar aspectos significativos da sua vida/saúde de forma o mais saudável possível, quer resultem de acontecimentos ao longo do ciclo vital ou transições de desenvolvimento, como por exemplo a infância, a adolescência e o envelhecimento, quer decorram eventos críticos num determinado momento ou etapa desse mesmo ciclo vital, ou seja, transições de saúde-doença, designadamente, o diagnóstico médico de insuficiência renal crónica.

Os enfermeiros são um recurso facilitador dessa mesma transição, promovendo, por um lado, as disposições individuais necessárias à mudança ou a consciencialização e atribuição de significado à transição e, por outro lado, aumentando a mestria através de processos de aprendizagem, permitindo uma integração fluida da nova condição de saúde da pessoa (Meleis, Sawyer, IM, Messias, & Shumacher, 2000).

Bibliografia

- Antunes, M. (2001). *Teoria e prática pedagógica*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70.
- Baumann, L. C. (2003). Culture and illness representation. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The Self Regulation of Health and Illness Behaviour* (pp. 242-254). London: Routledge.
- Becker, M. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- Brannon, L., & Feist, J. (1996). *Adhering to Medical Advice. Healt Psychology: an Introduction to Behaviour and Healt* (3ª ed.). Pacific Grove: Brooks / Cole Publishing Company.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Burrowes, J. D., & Cockram, D. B. (2006). Obtenção da Adesão do Paciente á Dietoterapia. In J. D. Kopple & S. G. Massry (Eds.), *Cuidados Nutricionais das Doenças Renais* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Chisholm, M. A., Vollenweider, L., & Mulley, L. (2000). Renal Transplantation Compliance wiht Free Imunosuppressive Medications. *Transplantation*, 70, 1240-1244.
- Christensen, A. J., Benotsch, E., Wiebe, J., & Lawton, W. J. (1995). Coping with treatment-related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 454-459.
- Christensen, A. J., & Moran, P. J. (1998). Psychological Aspects of End-stage Renal Disease. In D. W. Johnston & M. Johnston (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol. 8, pp. 321-335). Amsterdam: PERGAMON.
- Christensen, A. J., Smith, T. W., Turner, C. W., Holman, J. M., & GregorY, M. C. (1990). Type of hemodialysis and preference for behavioural involvement: Interactive effects on adherence in end - stage renal disease. *Health Psychology*, 9, 225-236.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, saúde & doenças*, 2(2), 81-100.
- Delors, J. (2000). *Educação um tesouro a descobrir* (6ª ed.). Porto: Edições ASA.
- Dias, C. (2006). *aeiou para uma dieta saudável de um doente em hemodiálise* (2ª ed.). Lisboa: Fresenius Medical Care Portugal.
- Direcção-Geral da Saúde (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de Situação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2005). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2003*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2006*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

- Edgar, K.A., & Skinner, T. C. (2003). Illness Representations and coping as predictors of emotional well being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 28 (7), 485-493.
- Erdman, R. A., Horstman, L., Van Domburg, R. T., Meeter, K., & Balk, A. H. (1993). Compliance with the medical regiment and partner's quality of life heart transplantation. *Qual Life Res*, 3, 205-212.
- Ewart, C. K., & Fitzgerald, S. T. (1994). Changing behaviour and promoting well-being after heart attack: a social action theory approach. *The Iris Journal of Psychology*, 15 (1), 219-241.
- Fernandes, E., & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. Fernandes, L. S. Almeida & ed. lit. (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 49-76). Braga: Universidade do Minho. Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Fernandes, M. A. (2008, Maio/Novembro). Poder no relacionamento entre profissionais e doentes. *Pensar Enfermagem*, 12, 13-23.
- Ferreira, M. J. (1997). Tratamento dietético da IRC Avançada. In Clínica de Doenças Renais (Ed.), *Manual de Hemodiálise*. Lisboa: Clínica de Doenças Renais.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª ed.). S. Paulo: Publicação Atlas.
- Greenstein, S., & Siegal, B. (1998). Compliance and non-compliance in patients with a functioning renal transplant: a multicenter study. *Transplantation*, 66, 1718-1726.
- Guéguen, N. (1999). *Manual de Estatística para psicólogos* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hagger, M., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 2 (18), 141-184.
- Haynes, R. B., McDonald, H., Garg, A. X., & Montague, P. (2003). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane Library*.
- Horne, R., & Weinman, J. (1998). Predicting Treatment Adherence: an overview of theoretical models. In L. B. Myers & K. Midence (Eds.), *Adherence to treatment in medical conditions*. (pp. 25-50): Taylor & Francis Books.
- Instituto de Emprego e Formação Profissional (2004). *Classificação Nacional de Profissões*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- International Council of Nurses (2002). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - Versão BETA 2* (1ª ed.). Genebra: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - Versão 1.0* (1ª ed.). Genebra: International Council of Nurses.
- Janis, I. L. (1984). Improving adherence to medical recommendations; perspective hypotheses derived from research in social psychology. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 113-148). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Kristeller, J. I., & Rodin, J. (1984). A Three-stage model of treatment continuity: compliance, adherence and maintainence. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health* (Vol. IV, pp. 85-112). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 1(10), 117-138.
- Leventhal, H., Leventhal, E., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures and effect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-48): Lawrence Erlbaum Associates.
- Lopes, M. J. (2003). A metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem. *Investigação em Enfermagem*, 8, 63-64.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: FORMASAU.
- Meleis, A., Sawyer, L., IM, E., Messias, D., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Morris, S. (2001). Economics and equity i n the distribution of scarce health care resources. In R. Heller, M. Muston, Sidell & C. Lloyd (Eds.), *Working for Health*. Londres: Sage.
- Myers, L. B., & Midence, K. (1998). *Adherence to treatment in medical conditions*: Taylor & Francis Books.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Enfermeiros (2003a). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003b). *Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Lisboa: Divisão de Educação para a Saúde.
- Pataca, I. (1997). Rim Normal. Anatomia e Fisiologia. In Clínica de Doenças Renais (Ed.), *Manual de Hemodiálise*. Lisboa: Clínica de Doenças Renais.
- Patton, T. J. F., Barnhart, D. A., Bennett, P. M., Porter, B. D., & Sloan, R. S. (1999). Filosofía y ciencia de la asistencia. In A. M. tome y (Ed.), *Modelos y teorías en enfermería* (Vol. 12, pp. 142- 156). madrid: Mosby.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: edições sílabo.
- Petrie, K. J., & Pennebaker, J. W. (2004). Health related cognitions. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston (Eds.), *The Sage handbook of Health Psychology* (pp. 127-142). New York: Sage.
- Petronilho, F. (2009, Janeiro). Produção de indicadores de qualidade - A Enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*, 35-43.
- Prochaska, J. O., & DiClement, C. D. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 19, 276-288.

- Raiz, L. R., Kilty, K. M., Henry, M. L., & Ferguson, R. M. (1999). MEDICATION COMPLIANCE FOLLOWING RENAL TRANSPLANTATION. *Transplantation*, 68, 51-55.
- Ramos, A. (1997). Insuficiência Renal Crónica: Fisiopatologia e clínica. Princípios gerais de tratamento. In Clínica de Doenças Renais (Ed.), *Manual de Hemodiálise*. Lisboa: Clínica de Doenças Renais.
- Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde*: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, P. (2008, Março/Abril). O Sofrimento do doente crónico: Revisão da Literatura (2000- 2006). *Servir*, 56, 80-89.
- Ribeiro, S. (1997). Opções Terapêuticas na Insuficiência Renal Terminal. In Clínica de Doenças Renais (Ed.). Lisboa: Clínica de Doenças Renais
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: FORMASAU.
- Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In L. Albarello, F. Digneffe & et al. (Eds.), *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais* (Vol. 3, pp. 84-116). Lisboa: Gradiva-publicações Lda.
- Russel, S. (2003). Nurses and "difficult" patients: negotiating non-compliance. *Journal of Advanced Nursing*, Vol.43,(3), 281-287.
- Sakraida, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 699-715). Loures: Lusociência.
- Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (4ª ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Teixeira, J. A. (2004). Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde -Utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615-620.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E., & Monteiro, E. (2007). Adesão nos Doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 73-85.
- Thelan, L. A., Davie, J. K., & Urden, L. D. (1993). *Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Tillett, L. A. (1999). Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. In A. M. Tomey & M. Alligood, R., (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (4 ed., Vol. 34, pp. 529-537). Madrid: Harcourt Brace.
- Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens: the patient's perspective. In J. Sweet, R. Rozensky & S. Tovian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 249-266). New York: Plenum Press.
- Vermeire, E., & et al. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Waltson, B. S., & Waltson, K. (1984). Social psychological models of health behavior: an examination and integration. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 23-54). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.

- Waltson, K. A., Waltson, B. S., & De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO.
- Woo, H., & Frisbie, W. P. (2005). *Self-regulated health behavior and chronic disease: a longitudinal analysis of a healthy population*. Austin: University of Texas.
- Zeidner, M., Boekaerts, M., & Pintrinch, P. P. (2000). Self-regulation: directions and challenges for a future research. In M. Boekaerts, P. R. Pintrinch & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp. 750-769). San Diego: Academic Press.

Anexo I – Consentimento Informado dos Participantes

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Ex^o/^a Sr./^a

Maria Manuela Pereira Machado, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Educação, área de especialização em para a saúde, da Universidade do Minho, pretende estudar a adesão ao regime terapêutico das pessoas com IRC em programa regular de Hemodiálise.

Gostaria de contar com a sua participação, sendo necessário o preenchimento de uma ficha sociodemográfica, de diários alimentares e de medicamentos, a realização de uma entrevista para a qual solicita o uso de gravador e o acesso aos dados constantes do seu processo clínico.

É garantido o respeito por todas as imposições éticas e legais, nomeadamente anonimato, confidencialidade dos dados e destruição das fitas gravadas depois de cumpridas a sua finalidade. A entrevista será realizada em local e data a combinar. Ser-lhe-á facultada a transcrição na íntegra da sua entrevista, para que confirme se o transcrito foi realmente o que disse ou o que pretendeu dizer.

Caso estes requisitos de participação não sejam satisfeitos, ou caso seja sua vontade, poderá anular a sua colaboração.

Se após a leitura deste texto ainda tiver dúvidas, estarei ao dispor para as esclarecer.

Se se considera bem informado e aceita participar, por favor assine este documento.

Braga, Outubro de 2006

O Participante

Anexo II – Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

1. Habitualmente cumpre as recomendações que lhe são dadas em relação à dieta, ingestão de líquidos e medicação?
 - 1.1. Como é que cumpre (o que faz para cumprir)?
 - 1.2. Porque é que cumpre / não cumpre? O que é que o ajuda a cumprir / o que é que o leva a não cumprir?
 - 1.3. Deixou de comer algum alimento? Porquê?
 - 1.3.1. Quais são os alimentos que não come?
 - 1.3.2. Porque é que não os come?
 - 1.3.3. Considera que está bem informado em relação à alimentação? Quem é que o informou?
 - 1.4. Em relação aos líquidos, como é que faz? Porquê?
 - 1.4.1. Se a partir de agora só fosse permitido retirar no máximo 4 kg por tratamento, o que acharia da ideia? Como se sentiria?
 - 1.5. Toma toda a medicação prescrita? Porquê?
 - 1.5.1. Toma-a sempre ou costuma esquecer-se? Porquê?
2. Como acha que os enfermeiros têm contribuído para que cumpra as recomendações que lhe são dadas em relação ao seu tratamento? Ajudam ou não?
 - 2.1. Se sim, como? Pode dar exemplos de situações em que o enfermeiro o tenha ajudado? Acha que todos os enfermeiros ajudam/ não ajudam da mesma maneira? Porquê?
 - 2.2. Se não, porquê? Quem é que mais contribuiu para o seu comportamento de adesão, porquê? Pode dar exemplos?
3. Na sua opinião qual é o papel dos enfermeiros no seu tratamento? (o que é que eles fazem?)
4. Poderia dar exemplos de coisas que, na sua opinião os enfermeiros poderiam fazer para o ajudar a cumprir as recomendações relativas ao tratamento?

**Anexo III – Valores analíticos referentes ao 1º
Trimestre de 2008**

Listagem de Resultados

Data de emissão: 07-03-2008 16:48:14

Datas: 03-03-2008 a 07-03-2008

Numeros: 119104 a 119627

Hb	Ht	Ur	Ur-P	URR	Creat	K	Na	Ca	P			
11.3	35.2	196	34	82.65		6.3	142	8.8	7.8			
11.2	35.2	79	14	82.28		4.8	136	9.8	2.3			
12.3	36.8	134	32	76.12		5.3	141	8.9	3.5			
10.3	32.3	123	32	73.98		6.9	133	8.5	2.8			
14.7	46.0	167	30	82.04		5.4	138	9.1	5.5			
12.2	36.1	127	30	76.38		5.3	137	8.6	3.5			
11.7	34.3	122	32	73.77		4.9	137	9.5	5.8			
14.5	44.8	141	31	78.01		5.3	133	8.9	7.8			
10.8	33.3	74	19	74.32		4.6	138	8.3	4.0			
11.8	36.2	168	44	73.81		4.7	140	9.2	3.2			
14.6	42.8	124	22	82.26		5.8	141	8.9	5.9			
11.7	37.0	72	13	81.94		4.4	138	8.7	4.6			
13.4	42.6	140	33	76.43		6.1	140	8.5	6.3			
11.8	36.1	134	42	68.66		5.6	137	8.7	2.5			
10.4	33.2	79	6	92.41		5.0	137	9.2	3.6			
11.6	35.3	71	22	69.01		3.5	139	7.7	2.2			
12.9	38.7	122	31	74.59		5.4	135	8.7	4.0			
11.3	33.3	154	41	73.38		6.6	138	7.5	4.5			
11.4	33.3	183	54	70.49		6.6	134	8.7	8.4			
12.1	34.8	77	19	75.32		4.3	134	8.9	4.6			
10.3	30.4	154	38	75.32		5.5	139	9.4	5.0			
11.4	31.8	137	45	67.15		3.8	139	8.5	4.0			
12.8	39.2	139	43	69.06		5.8	139	9.2	3.6			
12.4	40.9	119	18	84.87		5.8	134	9.7	5.9			
11.6	34.8	124	20	83.87		6.1	136	8.8	3.2			
13.4	39.2	101	25	75.25		3.8	135	8.5	4.4			
10.6	31.9	191	48	74.87		6.9	137	8.2	5.3			
7.3	22.2	106	18	83.02		4.0	116	7.6	6.9			
12.8	37.3	138	8	94.20		5.5	135	9.9	8.0			
15.1	44.8	235	64	72.77		5.9	139	8.0	6.7			
12.5	39.0	119	35	70.59		4.9	133	8.5	3.1			
11.6	34.4	156	41	73.72		6.3	136	9.2	5.4			
12.6	36.9	157	59	62.42		5.6	136	9.2	6.6			
11.1	31.8	141	29	79.43		5.4	126	8.9	4.3			
14.8	41.8	292	80	72.60		5.7	132	8.4	6.8			

Listagem de Resultados

Data de emissão: 07-03-2008 16:48:15

Datas: 03-03-2008 a 07-03-2008

Numeros: 119104 a 119627

Hb	Ht	Ur	Ur-P	URR	Creat	K	Na	Ca	P			
11.8	33.8	187	39	79.14		7.1	137	9.0	8.0			
9.9	30.3	141	32	77.30		5.6	138	7.2	3.3			
13.4	40.6	168	26	84.52		6.4	131	9.9	4.2			
12.0	35.3	171	56	67.25		5.2	138	8.6	3.8			
12.7	38.3	115	30	73.91		5.0	141	8.0	4.1			
								7.5	5.1			
11.7	34.4	174	79	54.60		7.6	137	7.4	5.4			
13.1	39.7	111	22	80.18		5.0	132	10.0	3.3			
11.5	34.4	116	32	72.41		5.2	135	8.6	3.9			
11.6	37.5	199	54	72.86		6.2	140	8.7	5.4			
15.7	48.2	112	32	71.43		6.5	137	8.4	4.3			
10.9	33.6	148	33	77.70		5.2	142	8.2	5.5			
12.4	37.5	153	73	52.29		4.4	141	8.0	4.8			
11.3	34.0	159	35	77.99		6.0	135	8.2	4.9			
13.8	40.5	122	25	79.51		6.6	136	7.2	4.1			
11.4	34.0	122	40	67.21		5.8	139	10.0	2.9			
10.6	33.1	181	53	70.72		5.1	140	9.1	4.5			
10.2	30.3	127	24	81.10		6.5	128	7.6	7.1			
9.3	28.6	84	20	76.19		5.0	135	8.1	2.8			
12.3	36.5	107	27	74.77		4.3	139	8.9	3.7			
9.8	31.6	227	47	79.30		4.8	137	7.8	4.2			
12.0	36.7	121	39	67.77		4.8	139	8.2	4.8			
11.4	34.1	129	30	76.74		5.9	135	9.1	4.3			
12.3	37.7	134	38	71.64		7.2	135	9.0	7.1			
15.3	42.9	141	30	78.72		5.2	131	9.8	4.2			
9.2	29.8	55	12	78.18		5.8	136	7.4	4.0			
12.8	38.6	166	44	73.49		6.9	137	7.7	4.8			
12.7	38.0	136	58	57.35		5.8	135	8.9	6.1			
11.6	33.8	106	27	74.53		4.7	133	9.0	3.0			
9.2	28.2	169	37	78.11		5.4	134	9.6	7.6			
13.0	39.2	172	40	76.74		5.3	140	8.0	4.5			
11.4	34.7	170	35	79.41		5.3	133	8.7	4.6			
11.8	36.3	137	36	73.72		4.9	142	8.3	4.4			
11.8	35.7	86	13	84.88		4.7	137	9.6	1.7			
12.0	36.0	127	21	83.46		4.9	136	10.7	5.1			

Listagem de Resultados

Data de emissão: 07-03-2008 16:48:15

Datas: 03-03-2008 a 07-03-2008

Numeros: 119104 a 119627

Hb	Ht	Ur	Ur-P	URR	Creat	K	Na	Ca	P			
12.6	38.6	162	36	77.78		5.9	139	8.4	6.3			
14.9	46.1	149	32	78.52		6.6	137	10.8	5.7			
11.8	38.1	183	36	80.33		7.4	135	9.4	4.8			
13.4	41.5	126	43	65.87		6.3	136	9.1	6.0			
9.8	30.1	145	41	71.72		6.1	134	8.4	5.8			
13.2	40.2	170	36	78.82		6.0	136	9.4	4.6			
12.9	40.8	127	30	76.38		5.0	137	8.8	3.5			
11.5	34.7	97	22	77.32		3.8	138	8.7	3.2			
11.8	35.4	155	35	77.42		5.1	137	9.0	5.8			
11.6	35.9	199	35	82.41		6.5	131	8.4	4.7			
12.6	38.3	90	34	62.22		4.9	143	8.7	3.4			
12.0	38.2	147	31	78.91		5.3	141	8.9	4.6			
12.0	35.8	184	34	81.52		6.2	135	9.3	4.0			
10.4	32.1	74	17	77.03		5.2	135	9.7	5.0			
13.6	40.4	206	66	67.96		7.2	136	8.5	4.7			
12.4	37.7	102	15	85.29		4.8	130	9.0	5.1			
12.4	39.3	143	34	76.22		4.8	137	8.5	5.3			
11.9	35.2	127	26	79.53		4.5	135	8.7	5.6			
11.7	35.5	129	25	80.62		4.6	140	8.3	3.7			
13.2	40.2	102	15	85.29		4.7	134	7.2	4.3			
12.9	37.9	120	25	79.17		5.3	132	9.8	4.6			
10.9	33.8	155	31	80.00		5.1	138	9.2	5.5			
10.7	34.6	163	43	73.62		6.1	138	8.3	5.5			
9.0	27.1	166	40	75.90		5.4	134	9.0	6.7			
12.9	39.1	185	21	88.65		5.3	139	8.4	7.7			
13.2	39.8	139	35	74.82		6.5	137	7.8	5.2			
11.2	34.6	85	17	80.00		6.0	135	8.3	4.3			
15.2	45.3	188	55	70.74		6.0	138	7.7	6.7			
16.9	51.3	202	44	78.22		7.6	134	9.5	4.0			
15.6	46.3	182	49	73.08		4.9	137	9.0	5.2			
14.8	45.7	165	38	76.97		6.3	138	9.0	6.6			
10.2	31.2	148	31	79.05		6.2	136	8.1	4.8			
15.0	46.2	187	58	68.98		5.8	136	10.0	7.8			
11.6	33.9	243	64	73.66		6.0	131	8.6	7.8			
10.7	34.3	122	28	77.05		4.4	134	8.8	3.3			

Listagem de Resultados

Data de emissão: 07-03-2008 16:48:15

Datas: 03-03-2008 a 07-03-2008

Numeros: 119104 a 119627

Hb	Ht	Ur	Ur-P	URR	Creat	K	Na	Ca	P			
14.7	44.3	167	46	72.46		6.5	139	9.5	6.7			
14.8	43.1	153	39	74.51		7.1	134	9.4	5.6			
13.2	38.5	196	46	76.53		4.8	139	7.2	5.4			
12.0	37.1	146	50	65.75		5.8	136	9.1	6.0			
13.0	39.9	142	10	92.96		4.8	137	9.7	7.2			
13.2	40.1	219	41	81.28		5.9	137	7.7	4.3			
12.6	36.4	91	18	80.22		4.0	135	8.3	3.5			
12.0	38.0	70	16	77.14		5.2	131	7.6	3.3			
12.7	39.0	172	47	72.67		5.2	137	8.8	6.0			
12.8	38.4	186	37	80.11		5.7	136	8.3	6.4			
16,9	51,3	292,0	80,0	94,2	0,0	7,6	143,0	10,8	8,4	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2	1,7	0,0	0,0	0,0
12,1	36,7	142,4	34,5	75,4	0,0	5,5	135,0	8,7	5,0	0,0	0,0	0,0
115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115	115

Anexo IV – Medicação prescrita

E1D1

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	2 /dia
Folicil 5mg	1/dia
Dagravit	1 /dia

E2D2

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	4 /dia
Folicil 5mg	1/dia 2ª, 4ª e 6ª
Dagravit	1/dia
Lasix	2/dia
Aspirina 100	1/dia
Lisinopril 20mg	Meio/dia
Ranitidina 150	1 /dia
Rocaltrol 0,25	1/dia 2ª, 4ª e 6ª
Omeprazol 20	2/dia
Sertralina Alodial 50mg	1/dia

E3D3

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	2/dia
Folicil	1/dia
Dagravit	1/dia
Omeprazol 20mg	1 /dia
Lasix	2/dia
Flindix 5 mg SL	1/dia
Carvedilol coronat 25mg	½ /dia
Pradif 0,4mg	10 caps/dia
Serenal 15	1/dia
Aspirina	1 /dia

E4D4

Medicamento	Horário
Concor 5 mg	½ /dia
Folicil	1+0+0
Dagravit	0+0+1
Aspirina 100	1 ao jantar
Clopidrogel 75 mg	1 ao jantar
Amlopidina 5 mg	1 +0+1
Crestor 10 mg	0+0+1
Renagel 800	1+1+1

E5D5

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	6/dia
Folicil	3/semana (3ª, 5ª, Sab)
Dagravit	3/semana (3ª, 5ª, Sab)
Omeprazol 20mg	1/dia
Adalat CR 30	2/dia
Cartia 100mg	1/dia
Mimpara 30	1/dia
Alprazolam 0,5mg	1/dia
Sinvastatina 20mg	1/dia

E6D6

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	3/dia
Folicil	3/semana (3ª, 5ª, Sab)
Dagravit	3/semana (3ª, 5ª, Sab)
Aspirina 100	1/dia
Rocaltrol 0,25	1/dia

E7D7

Medicamento	Horário
Renagel 800mg	2/dia
Lasix	3/dia
Dagravit	1/dia
Zurim	1/dia
Plavix 75mg	1/dia
Sinvastatina 20mg	1/dia
Rocaltrol	4 após o tratamento (2ª, 4ª, 6ª)
Insulatard	1 seringa/dia
Folicil	1 após o tratamento (2ª, 4ª, 6ª)
Zanikor 10mg	1/dia

E8D8

Medicamento	Horário
Atenolol 50 STADA	1/dia
Hyperium 1mg	1/dia
Miocardis 80	1/dia
Omeprazol 20	1/dia
Folicil 5 mg	1/dia
Renagel 800mg	2/dia

E9D9

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	4/dia
Folicil	3/semana (3ª, 5ª, Sab após tratamento)
Dagravit	3/semana (3ª, 5ª, Sab após tratamento)
Enalapril Alter 20mg	1/dia

E10D10

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	6/dia
Zofenil 30	1/dia
Atenolol 50	1/dia
Mimpara30	1/dia

E11D11

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	4/dia
Folicil	1/dia
Dagravit	1/dia
Enalapril 20	1/dia
Hyperium	2/dia
Catapresan	3/dia
Omeprazol	1/dia
Rocaltrol	1/dia
Atarax 25mg	1/dia (2ª,4ª,6ª)
Aspirina 100	1/dia (2ª,4ª,6ª)
Renagel	3+3+3
Loniten 10mg	½ /dia

E12D12

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	4/dia
Folicil	1 (3ª,5ª,sab)
Dagravit	1 (3ª,5ª,sab)
sinvastatina	½ /dia
Neurobion 0,2	3/dia

Anexo V – Análise das entrevistas

Análise das entrevistas

Pergunta	Entre vista	Unidades de análise	Categoria descritiva	Categoria Conceptual	Categoria Conceptual
1-Habitualmente cumpre as recomendações que lhe são dadas em relação aos líquidos, à dieta e à medicação?	E1-01	Sim.	Diz explicitamente que adere	Adesão declarada	Adesão Global
	E1-02	Também me disseram para beber pouco e eu bebo muito pouco.	Cumpra em relação aos líquidos	Adesão explícita	Adesão aos líquidos
	E1-03	(medicação) Tomo tudo certinho, desde o primeiro dia... nunca me lembro de me esquecer	Toma sempre a medicação	Adesão explícita	Adesão à medicação
	E2-01	Sim, vou fazendo os possíveis para aquilo que me mandam...	Diz que vai fazendo os possíveis	Adesão vaga	Adesão Global
	E2-02	(medicação) ... Sim, em geral tomo	Em geral toma a medicação	Adesão vaga à medicação	Adesão à medicação
	E3-01	A medicação sim...	Diz que cumpre a medicação	Adesão explícita	Adesão à medicação
	E3-02	...às vezes no comer há certos dias que fujo um bocadinho...	Adesão à alimentação com exceções	Adesão à dieta com exceções	Adesão à dieta
	E4-01	Sim.	Diz explicitamente que sim	Adesão declarada	Adesão Global
	E4-02	(medicação) ...Tomo tudo... nunca me esquece	Toma sempre a medicação	Adesão explícita	Adesão à medicação
	E5-01	Cumpro sim...	Diz explicitamente que sim	Adesão declarada	Adesão Global
	E5-02	...a alimentação faço por cumprir... A comida é certo!	Adere à alimentação	Adesão explícita	Adesão à dieta
	E5-	Bebo muito pouco, mas às	Os líquidos é mais difícil às vezes exagera	Adesão difícil	Adesão aos

	E5-04	03 vezes exagero. Água... às vezes trago muito líquido. Os líquidos é que é mais difícil... A medicação tomo sempre certo...	A medicação cumpre	aos líquidos, com exageros Adesão explícita	líquidos Adesão à medicação
	E6-01	Há pois! Cumpro tudo ...	Diz explicitamente que sim	Adesão declarada	Adesão Global
	E6-02	(a medicação) tomo sempre!	A medicação toma sempre	Adesão explícita	Adesão à medicação
	E7-01	Tenho cumprido...	Tem cumprido	Adesão vaga	Adesão Global
	E7-02	(medicação) ...Normalmente tomo direitinho, mas... às vezes passa	Geralmente toma	Adesão vaga à medicação	Adesão à medicação
	E8-01	Líquidos ...abuso mais um bocadinho, ...chego sempre com peso a mais... reconheço que não devia beber tanto, mas tenho muita sedinha!	Refere abusar em relação aos líquidos	Não adesão aos líquidos	Adesão aos líquidos
	E8-02	...Só como aquilo que devo comer e não posso abusar. ... Tomo sempre a medicação direitinha"	Só come aquilo que deve	Adesão explícita	Adesão à dieta
	E8-03		Toma a medicação direitinha	Adesão explícita	Adesão à medicação
	E9-01	Não! Para falar quanto é franco não!	Diz claramente que não cumpre	Não adesão declarada	Adesão Global
	E9-02	Fujo um bocadinho ao que dizem para não comer e no beber.	Não cumpre em relação aos líquidos e alimentação	Não adesão à dieta Não adesão aos líquidos	Adesão à dieta Adesão aos líquidos
	E9-03	Os medicamentos, isso cumpro!	Cumpre a medicação	Adesão explícita	Adesão à medicação

	E10-01	Eu não...	Diz que não cumpre	Não adesão declarada	Adesão Global
	E10-02	...eu como igual e bebo...	Come e bebe igual	Não adesão à dieta	Adesão à dieta
				Não adesão aos líquidos	Adesão aos líquidos
	E10-03	A medicação às vezes no dia da diálise esquece-me. Às vezes tomo, não me esquece sempre, mas às vezes...	Nem sempre toma a medicação	Não adesão à medicação	Adesão à medicação
	E11-01	...em relação à dieta e aos líquidos talvez não devo cumprir muito á regra, porque isso foge-se sempre um bocadito...	Em relação à dieta e aos líquidos não cumpre o recomendado	Não adesão à dieta	Adesão à dieta
	E11-02	A nível da medicação ...tem sido sempre rigoroso...tomo a medicação toda direitinha	Toma sempre a medicação	Não adesão aos líquidos	Adesão aos líquidos
				Adesão explícita	Adesão à medicação
	E12-01	...quanto ao comer geralmente levo em atenção o que levei daqui ...	Geralmente, tem em atenção as recomendações alimentares	Adesão vaga à dieta	Adesão Global
	E12-02	...os comprimidos faço também.	Toma a medicação	Adesão explícita	Adesão à medicação
	E12-03	Os líquidos é que...pronto, a pessoa tem sede...fica com a garganta seca...	Não cumpre em relação aos líquidos	Não adesão aos líquidos	Adesão aos líquidos

Pergunta	Entre vista	Unidades de análise	Categoria descritiva	Categoria Conceptual	Categoria Conceptual
1.1- Como é que cumpre? O que é que faz para cumprir as	E1-01	A minha empregada ...faz a comida sem sal.	A empregada é que cozinha	Refeições Preparadas por outros, em casa	Facilitador da adesão

recomendações e porquê?	E1 - 02	Eu já sei que não posso abusar, embora de vez em quando coma ... um rissol ou isso, só de longe a longe. Ou se tiver uma festinha, que coma mais um bocadinho, de resto não abuso...	Sabe que não pode abusar, não abusa, mas abre excepções	Excepções esporádicas na dieta	Facilitador da adesão
		As batatas ficam de molho de um dia para o outro...			
	E1- 03	A couve é sempre a mesma, Sabóia, que é a que tem menos potássio... tenho um papel que me deram aqui com as coisas que tem mais potássio e eu procuro comer aquelas que tem menos potássio...	Demolha as batatas	Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio	Recomendação alimentar
	E1- 04	...O que eu quero é ter saúde não é piorar... Porque eu acho que me faz mal...	Escolhe alimentos com menos potássio	Escolher alimentos com menos potássio	Recomendação alimentar
		Deixei de comer ...feijoadas, frutos secos também nunca mais comi, e de resto como tudo, mas sem sal...	Tem papel com os alimentos mais ricos em potássio	Consulta informação escrita	Facilitador da adesão
	E1- 05	... Como tudo sem sal não tenho tanta vontade e depois quando vou beber já sei que tenho de beber pouco, em vez de encher o copo ponho só um bocadinho ...	Refere que não quer piorar, acha que lhe faz mal	Reconhecer o benefício da acção	Facilitador da adesão
		Quando saio tenho sempre uma caixinha e levo os comprimidos comigo	Deixou de comer alimentos muito ricos em potássio	Eliminar os alimentos mais ricos em potássio	Recomendação alimentar
	E1- 06		Come sem sal e quando vai beber não enche o copo	Reduzir a quantidade de sal	
	E1- 07			Estratégias pessoais para aderir	Facilitador da adesão
			Leva os		

	E1-08		comprimidos quando sai	Estratégias pessoais para aderir	Recomendação alimentar Facilitador da adesão
	E2-01	... Eu cozinho para outras pessoas, principalmente para o meu filho ... não vou estar a fazer uma coisinha para ele outra para mim... vou fazendo normal, que dê para ele e para mim... não é bem aquela coisa que havia de fazer se fosse só para mim...	Cozinha para si e para outros, faz igual para todos	Cozinhar para outros	Factor que dificulta a adesão
	E2-02	Bebo o menos possível porque a gente quanto menos peso trazer melhor para nós...	Bebe pouco para trazer pouco peso	Reconhecer o benefício da acção	Facilitador da adesão
	E2-03	...se bebesse aquilo que queria ou quando tenho muita sede chegava aqui e em vez de trazer 2 quilos trazia quatro ou cinco... Sofre-se às vezes quando se tem sede e vai-se bebendo uma coisinha qualquer para engolir os comprimidos e às vezes qualquer coisa à hora da refeição, mas sempre o mínimo possível...	Controla-se para não beber mais	Auto controlo	Facilitador da adesão
		...em geral, assim grande coisa nunca deixei de comer.			
		Quando cozo hortaliça, ou principalmente uns grelos ou assim a gente faz como nos mandam, cozer e deitar as águas fora, depois comer, ou então depois é que se mete na comida...			

	E2-04	Eu andei aí muito tempo...que andei desanimada e pouco tomava. Tomava o lasix para ajudar a deitar alguma coisa para fora e o da tensão e pouco mais...	Não deixou de comer os alimentos mais ricos em potássio.	Não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio	Comportamento de não adesão
	E2-05	...Agora já há bastante tempo para cá comecei a tomar mais certinho as vitaminas e tudo porque o médico diz que faz falta porque depois as análises acusam que há falta de qualquer coisa...	Coze a hortalíça em duas águas e rejeita a água da cozedura	Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio	Recomendação alimentar
	E2-06		Andou desanimada e quase não tomava a medicação, excepto o que considerava mais importante	Factores psicológicos negativos	Factor que dificulta a adesão
	E2-07		Vai tomando os medicamentos porque o médico diz que as análises mostram a falta deles	Reconhecer benefício na acção	Facilitador da adesão
	E 3-01	Líquidos, bebo sempre dois copos, normalmente meio copo de vinho e o resto de água, mas bebo sempre dois copinhos. É que eu ainda urino." ... Com toda a facilidade, ...se resolver não comer qualquer coisa não como. Tenho força de vontade!...	Ingestão de líquidos relacionada com a quantidade de urina Refere que se controla e só	Quantidade de líquidos de acordo com a quantidade de urina.	Recomendação alimentar

	E3-02	Há situações que eu digo, vou fazer uma asneirinha e faço...	come se quiser	Auto controlo	Facilitador da adesão
		Há coisas assim que não aprecio e portanto não...	Abre excepções		
	E3-03	Já estou habituado aquele ritmo que a que a minha mulher se habituou e me habituou também e tenho seguido...	Refere que não aprecia algumas das coisas não recomendadas	Excepções esporádicas na dieta	Facilitador da adesão
	E3-04	Os legumes são sempre demolhados, as batatas são sempre demolhadas, ela tem certos cuidados nessas coisas...	Refere a participação da esposa na manutenção dos hábitos alimentares.	Preferências pessoais de acordo com o recomendado	Facilitador da adesão
	E3-05	Se às vezes vou ao restaurante aí já é o que calha...fui ao restaurante e calhou arroz com feijão, feijão eu gosto muito e então venha o arroz...	A esposa coloca os legumes a demolhar	Alimentos preparados por outros, em casa	Facilitador da adesão
	E3-06	Pouca banana, maçã bastante, morangos...hoje foi uma tacinha ...	No restaurante é o que calha	Alimentos preparados de modo a eliminar potássio	Recomendação alimentar
		Como um bocadinho, mas já não consigo repetir. Sinto que estou a transgredir e o organismo parece que já não me pede essas coisas...	Gosta de feijão e comeu	Refeições fora de casa	
	E3-07	(a medicação) Tenho tudo escrito e isso segue-se à risca...às vezes há um remédio ou outro que me está a falhar e enquanto não o compro...tenho de pedir a receita...mas falha um dia depois volta tudo ao normal.	Descreve as frutas a preferir e evitar	Preferências pessoais diferentes do recomendado	Factor que dificulta a adesão
			Sentimento de estar a transgredir	Escolher alimentos com menos potássio	Factor que dificulta a adesão
	E3-08			Factor psicológico positivo	Recomendação alimentar
			Descreve como toma a medicação		Facilitador da adesão

	E3-09		e que pode acontecer alguma falha por atraso na obtenção da receita.	Deixar terminar os medicamentos	Factor de dificuldade de adesão que a
	E3-10				
	E4-01	As batatas ficam de molho de um dia para o outro...	As batatas ficam de molho	Preparar os alimentos de modo a eliminar potássio	Recomendação alimentar
	E4-02	É sempre uma comida menos apurada mais sobre o branco com muito pouco sal...eles não precisam de comer como eu, é sempre um tachinho ao lado. A minha esposa lá faz isso tudo direitinho...	Refere que a quantidade de sal é reduzida e a comida pouco condimentada	Reduzir a ingestão de sal Consumir alimentos pouco condimentados	Recomendação Alimentar Recomendação Alimentar
	E4-03	Deixei de comer feijoada e frutos secos...porque têm muito potássio e no papel diz que não os devemos comer.	A esposa é que cozinha	Refeições confeccionadas por outros, em casa Eliminar os alimentos mais ricos em potássio	Facilitador da adesão
	E4-04	No princípio, na quadra do feijão verde, eu pensei que só o seco é que fazia mal e comi bastante, mas estive mal, tive que ir para o hospital, pensei que não escapava. A partir daí nunca mais...	Eliminou da dieta feijão e frutos secos, de acordo com a informação escrita que consulta.	Consultar Informação escrita	Recomendação Alimentar
	E4-05	...Quando saio, agora é raro mas às vezes acontece...levo os comprimidos comigo. Isso nunca falha.	Descreve uma situação, em que se sentiu mal e atribuiu à ingestão de feijão verde	Episódio anterior marcante	Facilitador da adesão Facilitador da adesão

	E4-06		<p>Habitualmente faz as refeições em casa.</p> <p>Quando sai leva os comprimidos</p>	<p>Refeições em casa</p> <p>Estratégias pessoais para aderir</p>	<p>Facilitador da adesão</p> <p>Facilitador da adesão</p>
	E5-01	...para não comer... saio de casa, ajudo a minha filha a passar a ferro, a limpar o pó, para distrair. Vou no parque com o meu neto...	Descreve estratégias para não comer	Estratégias pessoais para aderir	Facilitador da adesão
	E5-02	<p>Só quando é assim um aniversário, vamos comer fora. ...De resto comemos em casa...a minha filha tem muito cuidado com tudo</p> <p>... põe a batata...tira a água, essas coisas todas. Põe de molho!...</p>	Habitualmente faz as refeições em casa.	Refeições confeccionadas por outros, em casa	Facilitador da adesão
	E5-03	<p>Porque se eu não fizer isto vou morrer mais cedo, porque o meu rim não funciona...</p> <p>...Há alimentos que eu gosto de comer mas não como, por exemplo Chile, é uma comida lá da minha terra e mataba ...porque tenho medo que ...me faça mal...</p>	<p>Descreve o modo adequado de confeccionar os alimentos e esses cuidados são assumidos pela filha.</p> <p>Apresenta motivos, para aderir</p>	<p>Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio</p> <p>Reconhecer benefícios na acção</p>	<p>Recomendação alimentar</p> <p>Facilitador da adesão</p>
	E5-04	Tomo sempre chá... Em vez de beber água com os comprimidos, tomo com chá...	Eliminou da dieta alimentos típicos de Angola, porque tem medo que lhe façam mal.	Receio das consequências	Facilitador da adesão
	E5-05	Todos estes medicamentos que eu estou a tomar...			

	E5-06	tenho de tomar, a ver se me ajudam...”	Aproveita o líquido da refeição para tomar os comprimidos Os medicamentos ajudam	Estratégias pessoais para aderir Reconhece benefícios na acção	Facilitador da adesão Facilitador da adesão
	E5-07				
	E6-01	Faço bem, não como! Só como o que é devido... Porque tenho medo que me faça mal.	Cumpre a dieta porque tem medo que faça mal	Receio de consequências	Facilitador da adesão
	E6-02	Eu vejo o ... que vem para aqui é sempre 4, 5 Kg e depois está ali atrapalhado...	Refere situações negativas observadas noutros doentes	Acontecimentos anteriores marcantes	Facilitador da adesão
	E6-03	Deixei de comer feijão e o resto...	Eliminou o feijão	Eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio	Recomendação alimentar
	E6-04	As batatas só cozidas e ficando de molho descascadas de um dia para o outro	Demolha as batatas	Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio	Recomendação alimentar
	E6-05	Eu no início bebia muita água, era uma sede! Mas agora não. Agora só bebo quando é para tomar os comprimidos e mais nada.	Só bebe para tomar a medicação	Estratégias pessoais para aderir	Facilitador da adesão
	E7-01	...laranjas como menos, tangerinas também como menos, de resto como quase toda a fruta, não aquela que eu desejava, mas menos...	Come todas as frutas mas reduziu a quantidade	Reduzir a quantidade de alimentos ricos em potássio Não eliminar os	Recomendação alimentar

	E7-02	...bebo água e vinho ao almoço que é um copo de verde branco e mais nada, é só isso...	Bebe água e vinho branco	alimentos mais ricos em potássio	Comportamento de não adesão
	E7-04	...raramente como fora, porque a minha mulher, ela é que cozinha, já sabe como devem ser confeccionados os alimentos e tem todos os cuidados...	Raramente come fora A esposa é que cozinha	Preferir a água Escolher alimentos com menos potássio Alimentos preparados por outros em casa	Recomendação alimentar Recomendação alimentar Facilitador da adesão
	E7-05	(medicação) quando ao domingo vou comer a casa da minha filha, ou ao restaurante, às vezes passa, é raro...	Quando sai não toma os medicamentos,	Refeições fora de casa	Factor que dificulta a adesão
	E7-06	...e não sinto a falta deles nesses dias...	Refere, não sentir a falta dos medicamentos	Ausência de efeitos negativos da não adesão	Factor que dificulta a adesão
	E7-07	...a insulina nunca esquece porque eu tive um problema ...que me senti mal...fui ao hospital...Fizeram-me análises ao sangue e os valores estavam a seiscentos e tal... estive 10 dias no hospital. Desde aí nunca mais me esqueci da insulina...	a insulina toma sempre, a partir de um episódio de doença que considerou muito grave	Acontecimentos anteriores marcantes	Facilitador da adesão
	E8-01	Como meia maçã, uns 5 morangueiros...	Descreve a quantidade de fruta que ingere	Reduzir a quantidade de alimentos ricos em potássio	Recomendação alimentar
	E8-02	Em casa o meu marido é que cozinha, que eu não posso...	Quem cozinha é o marido, em casa	Refeições preparadas por outros, em casa	Facilitador da adesão
		A hortaliça coze numa água	Descreve o modo adequado de	Cozinhar os	

	E8-03	e deita fora...	confeccionar os alimentos, para perderem potássio	alimentos de modo a eliminar potássio	Recomendação alimentar
	E8-04	O sal ... faço sempre por deitar pouquinho... Fujo sempre ao sal, sempre!" Ponho uma garrafinha de 33 a refrescar, quero-a geladinha para me saciar melhor a sede, mas se eu tiver mesmo sede, no fim daquela garrafa vai outra!	Evita o sal Bebe água gelada e não se controla na quantidade	Reduzir a ingestão de sal Ausência de auto controlo Beber água gelada/gelo	Recomendação alimentar Factor que dificulta a adesão Comportamento de não adesão
	E8-05				
	E9-01	..." Se fizer o que a sr ^a dr ^a dietista me diz sinto-me fraco... la para a balança e andava aí com 58, 59 Kg, andava mesmo fraco! ... na minha mentalidade andava mesmo a enfraquecer	Apresenta motivos em que acredita para não cumprir as recomendações alimentares.	Crenças de saúde	Factores que dificultam a adesão
	E9-02	...Como tudo igual... quer dizer, já não como tanta fruta como comia, não como salada...quer dizer como de tudo mas, mais ou menos metade!...	Refere não ter eliminado da dieta os alimentos mais ricos em potássio, apenas reduziu a quantidade	Reduzir a quantidade de alimentos ricos em potássio	Recomendação alimentar
		...eu gosto sempre de um copinho, sempre fui uma pessoa que bebi sempre um copinho, e ... tinha anemia, à conta disso...	Tinha anemia por não beber	Não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio	Comportamento de não adesão
	E9-03	...os líquidos reduzi, metade, muito mais de metade. Reduzi muito, reduzi! Porque tenho medo quando venho para aqui para a diálise...		Crenças de saúde	Factores que dificultam a adesão
		A medicação ... nunca me esqueço, mesmo quando saio, levo-a sempre comigo.	Reduziu a quantidade de líquidos, porque		

	E9-04	Porque vejo que ... me faz bem! A medicação a mim é que me está a safar, também!"	tem medo das consequências Leva a medicação quando sai	Receio das consequências	Facilitador da adesão
	E9-05		Vê que a medicação lhe faz bem	Estratégias pessoais para aderir	Facilitador da adesão
	E9-06			Reconhecer benefícios na acção	Facilitador da adesão
	E10-01	... a coca-cola é que me ajuda a fazer a digestão de tudo senão vou fora...	Acredita que a coca-cola faz bem à digestão	Crenças de saúde	Factor que dificulta a adesão
	E10-02	... Hoje tomei um pacote de leite achocolatado e comi uma chouriça, e tenho tudo mais ou menos...tenho o potássio a 4, que eu ainda urino...	Come alimentos não recomendados e não tem consequências	Ausência de Consequências da não adesão	Factor que dificulta a adesão
	E10-03	Ontem comi metade de um queijo. Como raras vezes queijo, mas quando me dá aquele apetite, enquanto não comer e não me satisfizer, não posso deixar de comer. Eu sei que não devo comer várias comidas, mas eu como tudo como se fosse uma pessoa são...	Não se controla na quantidade	Ausência de auto controlo	Factor que dificulta a adesão
	E10-04	Eu podia ir para Chaves, mas disseram que não podia comer, mesmo que levasse trazia outra vez para casa, só tiravam 4 Kg, foi por isso que eu não fui... ... se não guardei dieta quando estava transplantada, não vou guardar agora!	Come de tudo	Não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em	Comportamento de não adesão

	E10-05	Unicamente guardo na bebida, isso na bebida guardo!... Porque me deu uma trombose, eu bebia cerveja e deu-me uma trombose e fiquei em coma e desde aí quando bebo qualquer bebida alcoólica não me sinto bem da cabeça e então não bebo!	Podia fazer tratamento mais perto de casa mas não o faz porque não é possível tirar mais de 4 Kg por tratamento	potássio Ausência de limite de peso a tirar por tratamento	Factor que dificulta a adesão
	E10-06	... Sinto-me bem da maneira que como e nunca me senti mal com a comida. Se me sentisse mal eu tirava.	Não cumpriu a dieta enquanto esteve transplantada	Passado de não adesão	Factor que dificulta a adesão
	E10-07		Descreve um problema de saúde grave, a partir do qual se sente mal com o álcool.	Acontecimentos anteriores marcantes	Facilitador da adesão
	E10-08		Sente-se bem não aderindo à dieta	Ausência de consequências da não adesão	Factor que dificulta a adesão
	E11-01	... eu ando quase sempre por fora , como sempre fora, não é muito fácil ...em casa já se tem outros cuidados.	Refere que faz as refeições fora e por isso não é fácil	Refeições fora de casa	Factor que dificulta a adesão
	E11-02	Como, no fim tomo a medicação, tenho tido muito esse cuidado... ...Bebidas alcoólicas dificilmente bebo...às vezes ao sábado e ao domingo se	Descreve como toma a medicação Reduziu o consumo de	Estratégias pessoais para aderir	Facilitador da adesão

	E11-03	como mesmo em casa, sou capaz de beber um copinho de vinho...	bebidas alcoólicas	Evitar as bebidas alcoólicas	Recomendação alimentar
	E11-04	<p>Sou um fanático por água... Eu gosto mesmo de água, eu se pudesse estava sempre a beber água ...tenho o vício de beber e depois ando sempre com uma garrafinha no carro e é mais um bocadinho, mais um bocadinho e chega-se a um ponto são muitos quilos e quando chego aqui vocês sabem são quatro, cinco, Kg é sempre, porque abuso um bocado na bebida, porque eu gosto mesmo de água.</p> <p>...Eu gosto muito de pão... não consigo comer sem pão. Sou capaz de comer a refeição e até nem comer muito... no fim se pudesse comer dois ou três pães comia...</p> <p>Às vezes vou ao chinês, porque ...nunca põem pão... e eu às vezes ...vou comer aos chineses por causa disso.</p>	<p>Refere a ingestão de água como um vício, que não consegue controlar</p> <p>Gosta muito de pão</p>	<p>Ausência de auto controlo</p> <p>Preferências pessoais diferentes do recomendado</p>	<p>Factor que dificulta a adesão</p> <p>Factor que dificulta a adesão</p>
	E11-05	<p>... Nunca me proibi de nada... se tiver que comer marisco, ..., não me prendo muito. Até se tiver que comer uma feijoada no dia que venho fazer hemodiálise, também não me prendo muito com isso. É por isso que o meu potássio também anda sempre lá em cima!</p> <p>Também gosto muito de fruta!... Uma pessoa ... está a ver um filme ou assim, apetece comer qualquer coisa. O que é que eu vou comer? Uma maçã! ...É logo aquilo que nos dá prazer em comer, uma peça de fruta! Uma pêra! Uma banana!</p>	<p>Vai ao restaurante chinês para evitar o pão</p>	<p>Estratégias pessoais para aderir</p>	<p>Factor que facilita a adesão</p>
	E11-06	...é uma peça de fruta. Se a gente pensa, podia comer uma sandes de queijo... mas também não posso comer queijo ... o pão também me faz mal!... O que é que eu vou comer?	Ingere todos os alimentos até mesmo os mais ricos em potássio, mesmo reconhecendo os seus efeitos		

	E11-07	<p>Bolachas? Faz sede! É doce! Isto é um martírio é a nível disso, da alimentação!...</p> <p>... estar quatro ou seis ou 10 horas não tinha problema. Faz doer um bocados as costas, está-se ali muito tempo, mas ...de resto, tirar quatro ou cinco quilos... Às vezes tirar 5 para mim ainda é melhor do que tirar 3 porque quando tira três uma pessoa tenta tirar mais um bocadinho e dali a pouco está aflita com câibras. Se levar os 5 e tirar os cinco ... passo sempre bem!</p>	Gosta muito de fruta	<p>Não eliminar da dieta os alimentos mais ricos em potássio</p>	Comportamento de não adesão
	E11-08	<p>Sei que me lixa o coração ... trazer muitos quilos é sempre lixado, mas nunca consegui muito trazer poucos...</p> <p>...arroz seco nunca gostei muito, é sempre batata frita.</p>	<p>Descreve muitas limitações nas opções alimentares, porque tudo faz mal.</p>	<p>Preferências pessoais diferentes do recomendado</p>	Factor que dificulta a adesão
	E11-09	<p>Quando faço sopa ponho tudo a ferver e deito a água fora para meter outra, quando cozo hortaliça é sempre numa panelinha ao lado, às vezes até a passo em 3 águas</p> <p>...quando uma pessoa está a fazer outra coisa que está distraída em relação aquilo que tem, acho que passa um bocado ao lado...</p> <p>...o gelo, é um vício que eu tenho, eu como gelo como quem bebe um copo de água</p> <p>Eu gostava de poder trazer</p>	<p>Tirar 5 kg às vezes é melhor que tirar três</p>	<p>Muitas restrições alimentares em simultâneo</p> <p>Ausência de consequências da não adesão</p>	Factor que dificulta a adesão

	E11-10	<p>menos quilos, de beber menos, de fazer essas coisas, de cumprir mais, mas para mim é pedir muito!</p> <p>Gostava às vezes de ir para aqui e para ali com os amigos e poder...uma pessoa se diz a alguém fui ali comer...e bebi água dizem logo: - És trengo ou quê? Água?!</p>			Factor que a dificuldade de adesão
	E11-11		<p>Sabe que o ganho excessivo de peso tem consequências negativas a nível cardíaco, mas não consegue trazer menos</p> <p>Não gosta de arroz seco pelo que no restaurante a opção é quase sempre batatas fritas</p> <p>Descreve o modo adequado de confeccionar os alimentos para eliminar potássio</p>	<p>Ausência de auto eficácia</p> <p>Preferências pessoais diferentes do recomendado</p>	Factor que a dificuldade de adesão
	E11-12		<p>Refere que estar ocupado é positivo</p> <p>Recorre ao gelo</p>	<p>Confeccionar os alimentos de modo a eliminar potássio</p>	Factor que a dificuldade de adesão
	E11-13		<p>Gostava de trazer menos peso, mas é pedir muito</p>	<p>Ter ocupação</p>	Recomendação alimentar

	E11-14		Gostava de poder ir com os amigos, mas preocupa-se com o que vão dizer	Beber água gelada/gelo	Facilitador da adesão
	E11-15			Auto-eficácia ausente	Comportamento de não adesão
	E11-16			Influência social	Factor que dificulta a adesão
	E11-17				Factor que dificulta a adesão
	E12-01	... as regras ... mais ou menos são impostas!... Porque se não fosse obrigado logicamente não cumpria, levava a vida... ...Como se tiver apetite, ... bebo quando realmente	Refere-se às recomendações relativas ao tratamento como regras impostas que é obrigado a cumprir Come e bebe quando tem	Regime terapêutico não negociado	Factor que dificulta a adesão

		tenho sede.	apetite e sede		
	E12-02	...ao princípio obedecia mais do que obedeco agora ... nos primeiros dois meses cumpria mas estava a emagrecer deixei de cumprir e agora mais ou menos à 4 anos para cá mantenho-me bem...	No princípio cumpria, mas estava a emagrecer e deixou de cumprir, o que fez com que melhorasse	Ausência de auto controlo	Factor que dificulta a adesão
	E12-03	... Eu como bem e bebo melhor, se for uma boa refeição sabe-me bem e bebo bem,... é por isso que eu ando sempre a tirar 5 Kg. Se eu fosse uma pessoa que tivesse que fazer, onde passasse o tempo, mas uma pessoa não tem.	Come e bebe sem restrições por isso trás muito peso	Ausência de consequências da não adesão	Factor que dificulta a adesão
	E12-04	...Venho até ao café ..., ando naqueles lugares onde a pessoa tem... ...tenho casa cá em Braga e em Soutelo, até tenho medicamentos cá e lá...	Refere que não tem onde ocupar o tempo, não tem que fazer Frequenta o café	Não controla a quantidade de líquidos	Comportamento de não adesão
	E12-05		Refere que tem medicamentos nas duas casas	Ausência de ocupação	Factor que dificulta a adesão
	E12-06			Influencia social	Factor que dificulta a adesão
	E12-07			Estratégias pessoais para aderir	Facilitador da adesão

Pergunta	Entrevista	Unidades de análise	Categoria descritiva	Categoria conceptual	Categoria conceptual
1.2 – Considera que está bem informado/a em relação às recomendações para o tratamento e quem o/a informou?	E1-01	Acho que sim.	Pensa que sim	Bem informada	Percepção pessoal
	E1-02	... Procuro comer como está lá, no papel...	Utiliza o papel	Utiliza a informação escrita	Utilidade
	E1-03	... Foi aqui, que me deram.	Tem informação escrita	Informação escrita	Tipo
	E1-04	A primeira vez que eu vim...	A informação foi fornecida no primeiro dia	Informação inicial	Periodicidade
	E1-05	...Acho que foi a nutricionista.	Identifica a nutricionista	Nutricionista	Elemento da equipa multidisciplinar que fornece a informação
	E2-01	... Tenho lá o livro	Tem informação escrita	Informação escrita	Tipo
	E2-02	...quando é na altura do Natal ..., a gente leva aquela folha com os dizeres ...	No Natal é fornecida informação	Época Natalícia	Periodicidade
	E2-03	só que eu nunca me dediquei muito a ler, porque ... tenho pouca vista Cansa-me e chateia-me!	Não lê as informações de que dispõe	Não utiliza a informação escrita	Utilidade
	E2-04	...falaram no início, quando eu entrei, de resto nunca mais, ninguém falou comigo sobre a alimentação, nem sobre nada!... ...quando vim para aqui, não sei se foi no primeiro dia ou no segundo, que eu estive lá dentro, na sala falaram-me qualquer coisa sobre isso, e depois disseram: - Eu daqui a mais algum tempo volto a	Só falaram no início, depois não voltaram a falar	Inicial Informação verbal	Periodicidade Tipo

	E2-05	<p>falar consigo, para saber..., mas até hoje! “</p> <p>Não sei quem foi! Eu não conhecia ninguém! Não sei se foi a médica, não sei quem foi!</p>	Não sabe quem a informou	Não identifica quem lhe forneceu a informação	Elemento da equipa multidisciplinar que fornece a informação
	E3-01	Considero, todos dizem o mesmo, o regime é sempre o mesmo...	Está bem informado, todos dizem o mesmo.	Bem informado	Percepção pessoal
	E3-02	Primeiro foi no hospital, a nutricionista e aqui também a nutricionista continuou a dar.	Foi informado primeiro no hospital e depois na clínica a nutricionista continuou	<p>Informação consensual</p> <p>Pré diálise</p> <p>Inicial</p> <p>Nutricionista</p>	<p>Coerência</p> <p>Periodicidade</p> <p>Periodicidade</p> <p>Elemento da equipa multidisciplinar que fornece a informação</p>
	E4-01	Acho que sim. Pelo menos eu sigo aquilo que me disseram e acho que sabem o que estão a fazer...	Pensa que está bem informado.	Bem informado	Percepção pessoal
	E4-02	...Foi aqui, que me deram. A primeira vez que eu vim...	Foi informado no primeiro dia	Inicial	Periodicidade
	E4-03	...não sei se foi a médica ou a enfermeira...	Não sabe quem o informou	Profissional não identificado pelo doente	Elemento da equipa multidisciplinar que fornece a informação
		...guio-me sempre pelo	Utiliza o papel		

	E4-04	papel.		Utiliza a informação escrita	Utilidade Tipo
	E5-01	Sim, considero que estou bem informada...	Considera que está bem informada.	Bem informada	Percepção pessoal
	E5-02	Foi aqui, ...quando eu entrei ... deu-me um livro e explicou-me o que devo comer e não devo comer...	A informação verbal e escrita, foi-lhe fornecida quando iniciou diálise	Informação verbal	Tipo de informação
				Informação escrita	Tipo de informação
	E5-03	A Nutricionista...	Identifica a nutricionista	Inicial	Periodicidade
				Nutricionista	Elemento da equipa multidisciplinar que fornece a informação
	E6-01	Pois estou. Não se pode comer, não se come!...	Está bem informado.	Bem informado	Percepção pessoal
	E6-02	Foi aqui uma enfermeira, não sei se foi a chefe, se foi outra...	Foi informado por uma enfermeira	Enfermeira	Elemento da equipa multidisciplinar que fornece a informação
	E6-03	Tenho lá o papel com tudo, que ela também me deu....	Tem informação escrita	Informação escrita	Tipo de informação
	E7-01	... Já vinha esclarecido do Porto... Quando vim para cá já vinha mais ou menos esclarecido... aqui sobre as dietas não tive dúvidas praticamente nenhuma.	Já estava informado antes de entrar em diálise	Informação pré-diálise	Periodicidade
	E7-02	Aqui também só na altura do natal, dão uma coisa, uma relação daquilo que podemos fazer, daquilo que podemos comer...	No Natal é fornecida informação escrita	Época Natalícia	Periodicidade

	E11-03		enfermeiros		informação
	E12-01 E12-02	Eu acho que sim. A nutricionista foi clara, embora a pessoa não obedeça muito...	Considera que está bem informado, pela nutricionista	Bem informado Nutricionista	Percepção pessoal Elemento da equipa multidisciplinar que fornece a informação

Pergunta	Entrevista	Unidades de análise	Categoria descritiva	Categoria conceptual	Categoria conceptual
2- Como é que os enfermeiros têm contribuído para que cumpra as recomendações relativas ao tratamento? Têm ajudado ou não?	E1-01	...Acho que ajudam imenso.	Os enfermeiros ajudam imenso	Contribuem	Percepção pessoal
	E1-02	... Eles não perguntam. Não perguntam e eu também não estou a dizer nada! Sinto-me bem! Também não preciso de dizer nada... Eu nunca precisei de perguntar nada	Relativamente às recomendações para o tratamento nunca lhe disseram nada, não perguntam	Ausência de educação /ensino sobre adesão	Tipo de intervenção
	E1-03	Aqui há tempos perguntei a uma senhora se podia comer, já nem sei o quê....	Perguntou se podia comer determinado alimento	Esclarecem dúvidas quando questionados	Tipo de intervenção
	E2-01	Não falam no assunto... não perguntam nem falam nada disso... Ninguém fala sobre isso... Eu não os vejo fazer isso a ninguém! ... Quem me tem ajudado... ninguém!	Os enfermeiros não falam sobre o assunto, não perguntam	Ausência de educação /ensino sobre adesão	Tipo de intervenção
	E2-02		Ninguém a tem	Não contribuem	

			ajudado		Percepção pessoal
	E3-01	... Não, aí eles não vão a casa! ... Não podem fazer mais nada porque não estão lá...	Não vão a casa, não podem ajudar	Não contribuem	Percepção pessoal
	E3-02	Recomendam-me ..., senhor fulano, veja lá, não transgrida...mais nada ...	Recomendam para que cumpra as recomendações	Alertar para a adesão	Tipo de intervenção
	E3-03	...o enfermeiro ...que é que ele há-de fazer? ...Saindo daqui o indivíduo é autónomo...o enfermeiro não consegue nada, nem ninguém mais consegue, se não for a família e ele que se capacitem que tem que levar as coisas mais ou menos em rigor...o enfermeiro está aqui, eu saio, tem logo outro cliente para atender, não...não podem ir comigo para me vigiar... Eu sou senhor dos meus actos, portanto lá fora como e bebo o que eu quiser, portanto ninguém pode fazer nada!	Terminando o tratamento o doente sai e é autónomo, faz o que entende	Acção limitada ao tempo de tratamento	Tipo de intervenção
			Só a família e o próprio doente é que podem fazer alguma coisa, o enfermeiro não pode fazer nada	Responsabilidade do doente	Comportamento de adesão
				Responsabilidade da família	Comportamento de adesão
		O enfermeiro pode aconselhar, se lhe perguntarem, posso comer isto, ou posso comer aquilo e ele diz ...		Não é responsabilidade do enfermeiro	Comportamento de adesão
	E3-04		O enfermeiro pode aconselhar e esclarecer dúvidas	Alertar para a adesão	Tipo de intervenção
				Esclarecer	Tipo de

				dúvidas quando questionados	intervenção
	E4-01	Acho que não. Eles andam lá no papel deles, mas isso acho que não.	Acha que não	Não contribuem	Percepção pessoal
	E4-02	... Nunca falaram sobre isso, eu também não pergunto porque tenho o papel	Nunca falaram sobre isso	Ausência de educação /ensino sobre adesão	Tipo de intervenção
	E4-03	... Se perguntasse eles se soubessem diziam. Mas não falam sobre isso...	Se perguntasse diziam	Esclarecem dúvidas, quando questionados	Tipo de intervenção
	E5-01	Não, a mim nunca me disseram nada.	Nunca lhe disseram nada	Ausência de educação /ensino sobre adesão	Tipo de intervenção
	E5-02	...Dar mais conselhos, às vezes a pessoa vem com mais peso, está mais cansada...	Podiam dar mais conselhos	Alertar para a adesão	Tipo de intervenção
	E6-01	Eles não ajudam nada!	Os enfermeiros não ajudam	Não contribuem	Percepção pessoal
	E6-02	... Eles dar, não pode dar nada, o que é que vão fazer?... É a minha cabeça! Se eu sei que não posso comer, não como.	Não podem fazer nada, só o próprio doente	Não é responsabilidade do enfermeiro	Comportamento de adesão
				Responsabilidade do doente	Comportamento de adesão
	E7-01	Há alturas que alguns podiam ajudar mais...	Alguns podiam ajudar mais	Podiam contribuir mais	Percepção pessoal
	E7-02	...Quando a gente tem alguma dúvida ... fazem o possível por esclarecer...	Quando tem dúvidas os possíveis por esclarecer	Esclarecer as dúvidas	Tipo de intervenção
	E8-01	Pois ajudam... A gente sempre os escuta	Ajudam	Contribuem	Percepção pessoal

	E8-02	A gente pergunta e ... eles dizem-nos sempre o que nos faz bem e o que faz mal	Eles dizem o que faz bem e o que faz mal, quando lhes perguntam	Esclarecer dúvidas	Tipo de intervenção
	E8-03	... Não podem fazer mais que o que fazem, é impossível. Já fazem tudo... a gente às vezes é que faz o que lhe dá na cabeça...	Não podem fazer mais nada, já fazem tudo, o doente faz o que quer	Responsabilidade do doente Não é responsabilidade do enfermeiro	Comportamento de adesão
	E9-01	Tem ajudado bastante... todos ajudam, não há excepção é toda a gente.	Tem ajudado bastante	Contribuem	Percepção pessoal
	E9-02	Dão os bons conselhos, para não fazer isto, para não fazer aquilo...	Dão conselhos sobre adesão,	Alertam sobre a adesão	Tipo de intervenção
		Eles dizem que não posso beber, nem comer o que eu como, certas coisas...	Informam sobre a alimentação e os líquidos	Realizar educação/ensino sobre adesão	Tipo de intervenção
	E9-03	Eu... por exemplo se a sr ^a enfermeira, me disser... beba só um copo ...eu até acato a sua decisão, mas depois vou lá para fora e esqueço-me e em vez de um bebo dois.	O enfermeiro pode aconselhar, o doente aceita, mas depois lá fora pode não cumprir	Acção limitada ao tempo de tratamento	Tipo de intervenção
	E10-01	Aí ...aí não há hipótese. Não há hipótese!... Ninguém pode fazer nada... Eu tenho que comer. Não me importa que ralhem comigo, como na mesma.	Não é possível ajudar Sobre a alimentação nem os enfermeiros nem ninguém pode fazer nada	Não contribuem Responsabilidade do doente Não é responsabilidade do enfermeiro	Percepção pessoal Comportamento de adesão Comportamento de adesão
	E11-01	Os enfermeiros é que dão uma dica daqui outra dali...não debes	Os enfermeiros informam sobre os	Educação/ensino sobre adesão	Tipo de intervenção

		fazer isto, não deves fazer aquilo.	comportamentos de adesão		
	E11-02	...Quando dizem as coisas é para o bem! Nós é que falhamos um bocado... mas não tem nada a haver com os enfermeiros.	Os enfermeiros, informam, o doente é que falha	Responsabilidade do doente	Comportamento de adesão
		Os enfermeiros ... dizem, tens que ter cuidado, ou isto ou aquilo, acho que isso é peso a mais...		Não é responsabilidade do enfermeiro	Comportamento de adesão
	E11-03	...às vezes foge um bocadinho, mas não tem nada a haver com os enfermeiros....	Alertam para os riscos	Alertar para a adesão	Tipo de intervenção
	E11-04		A não adesão não tem a haver com os enfermeiros	Não é responsabilidade do enfermeiro	Comportamento de adesão
	12-01	Isso nunca falamos... nunca houve esse tipo de conversa...eles normalmente fazem o papel deles!	Não falam sobre adesão	Ausência de Educação/ensino sobre adesão ausente	Tipo De intervenção
	E12-02	...Honestamente não vejo assim como. Mais que aquilo que já fazem, não é possível,... Eu não sei se obedecia ...se o enfermeiro pode dar este conselho ... não vejo em quê! ... Vai dar conselhos para quê? Para às vezes, não comer, ou não beber, isso a pessoa já era capaz de não... talvez não obedecesse ...	Não podem fazer mais nada, o doente é que decide Mesmo que o enfermeiro aconselhe a pessoa pode não obedecer	Responsabilidade do doente Não é responsabilidade do enfermeiro Acção limitada ao tempo de tratamento	Comportamento de adesão Comportamento de adesão Tipo de intervenção

Pergunta	Entrevista	Unidades de análise	Categoria descritiva	Categoria conceptual	Categoria conceptual
2.1 - Na sua opinião qual é o papel dos enfermeiros no seu tratamento?	E1-01	Se eu chamar, vem logo, tratam logo...	Atentos	Dar atenção	Componente Relacional
	E1-02	Se me sinto mal eles vêm logo acudir! ...	Respondem eficazmente quando se sente mal	Acção eficaz nas situações agudas	Componente técnica
	E1-03	Acho que são um grande auxílio...	Ajudam	Ajudar	Componente relacional
	E1-04	Acodem à gente, quando a gente precisa...	Actuam eficazmente quando é preciso	Acção eficaz nas situações agudas	Componente técnica
	E2-01	... Há quem se interesse mais, quem se interesse menos, é tudo diferente, uns dos outros. Uns têm mais atenção, outros menos...	Há enfermeiros que se interessam mais outros que se interessam menos, uns tem mais atenção que outros	Ajudar	Componente relacional
	E2-02	Há uns que vão mais vezes à beira da gente perguntar se estão bem ou não, tem uma atenção. Há outros que não ligam tanto... a pessoa está ali...e se fossem à beira da gente às vezes perdia aquilo de mau que está a pensar ...	Há enfermeiros que vão mais vezes junto do doente, perguntam se está bem	Dar atenção	Componente relacional
	E3-01	"O papel dos enfermeiros é enorme, os enfermeiros para mim são basilares...	O enfermeiro é fundamental para o tratamento	Vigilância do doente	Componente técnica
	E3-02	...são muito cuidadosos quando estão a dar as...picas	Cuidadosos nas punções	Punção do acesso vascular	Componente técnica
	E3-03	... Ajudam se vêem que estou com alguma dificuldade...	Ajudam	Ajudar	Componente relacional
	E3-04	...se vêem que estou com caimbras ou qualquer coisa, imediatamente actuam	Actuam eficazmente quando é preciso	Acção eficaz nas situações agudas	Componente técnica
		...o enfermeiro está ali, a máquina solicita a			

	E3-05	comparência dele, ele está imediatamente a actuar.			
	E3-06	Há uma agulha que está a provocar dores ou derrame, imediatamente o enfermeiro actua ...	Se a máquina solicita, ele actua	Manutenção e vigilância do tratamento	Componente técnica
	E3-07	Ele está aqui para espetar as agulhas, fazer a diálise, fazer com que corra tudo bem...	Se há algum problema com o acesso ele actua	Punção do acesso vascular	Componente técnica
			Punciona o doente, segue o tratamento e faz com que tudo corra bem	Manutenção e vigilância do tratamento	Componente técnica
	E4-01	Ligar os doentes às máquinas e desligar, acho que é isso. É o que eu os vejo fazer, de resto andam lá na vida deles.	Ligam os doentes às máquinas e desligam	Procedimentos para iniciar o tratamento Procedimentos para terminar o tratamento	Componente técnica Componente técnica
	E4-02	... Os enfermeiros andavam mais por ali ...	Permanecer mais tempo junto dos doentes	Ajudar	Componente relacional
	E5-01	...a máquina... não está a funcionar e...está parada. ...o enfermeiro tem que ver que a máquina parou	Resolvem os problemas com os monitores	Manutenção e vigilância do tratamento	Componente técnica
	E5-02	... os enfermeiros e as enfermeiras vão ali ...estão prontos a fazer isso!... Eles ligam bem...	Permanecem durante o tratamento para actuar se necessário	Manutenção e vigilância do tratamento	Componente técnica
	E5-03		Ligam bem	Procedimentos para iniciar o tratamento	Componente técnica
	E5-04	...Tudo isso é o enfermeiro que tem de dar, apoio ao doente ...	Apoiar o doente	Ajudar	Componente

	E5-05	... Podiam conversar com o doente, ... dizer isto ou aquilo.	Conversar com o doente	Dar atenção	relacional Componente relacional
	E6 -01	...ligam-me..., vêm para me desligar e mais nada.	Ligam o doente e desligam	Procedimentos para iniciar o tratamento Procedimentos para terminar o tratamento	Componente técnica Componente técnica
	E7-01 E7-02	São bons, uns melhores que outros, talvez na maneira de picarem, há uns que são mais cuidadosos que outros, é só isso... Tive ... duas crises e ajudaram-me a resolver, viram-me as tensões	Alguns enfermeiros são mais cuidadosos nas punções Actuam em situações agudas	Punção do acesso vascular Resolução eficaz de situações agudas	Componente técnica Componente técnica
	E8-01	...Quando nos estão a ligar...	Ligam os doentes	Procedimentos para iniciar o tratamento	Componente técnica
	E9-01	Ligam as máquinas espetam as agulhas e qualquer coisa que a gente precise...é claro se por exemplo eu for abaixo eles dão-me a tal injeção, não sei de que é...é isso.	Ligam os monitores, punccionam e estão atentos às necessidades, se estiver mal eles actuam	Procedimentos para iniciar o tratamento Punção do acesso vascular Vigilância do tratamento Actuação eficaz em situações agudas	Componente técnica Componente técnica Componente técnica Componente técnica
	E10- 01	Os enfermeiros fazem bem! Às vezes calha-lhes mal a picar, mas isso ninguém tem culpa e olham pelos doentes.	Puncionam e vigiam os doentes	Punção do acesso vascular Vigilância do tratamento	Componente técnica Componente técnica
	E11-01	... ser picado por este, ou por aquele... há uns mais violentos que outros...nas picadas... é aquele calo do próprio enfermeiro... de	Experiência nas punções	Punção do acesso vascular	Componente técnica

	E11-02	<p>picar, já pica com outra... Até se dá o braço mais relaxado.</p> <p>...Eles preocupam-se sempre...</p>	Os doentes sentem que os enfermeiros se preocupam	Demonstrar interesse	Componente relacional
	E12-01	...Há um respeito assim mútuo pelo doente, quer se dizer, fazem tudo pelo doente!	Respeito pelo doente, fazem tudo pelo doente	Demonstrar interesse	Componente relacional
	E12-02 O enfermeiro vem fazer agora isto, depois vai fazer outra coisa, acaba de espetar a agulha, depois vai para outro...	Puncionam vários doentes	Punção do acesso vascular	Componente técnica
	E12-03	...que me corra tudo bem... fazem o papel deles!	Vigiar para que corra tudo bem	Vigilância/manutenção do tratamento	Componente técnica

Anexo VI – Medicação referida nos diários

E1D1

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	1+1+1 às refeições
Folicil	Meio ao almoço
Dagravit	1 ao almoço
Xanax 5 mg	1 ao deitar

E2D2

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	1 +0+1
Folicil 5mg	0+0+1
Dagravit	0+0+1
Lasix	2+2+0
Calmante (não sabe o nome)	1+0+0
Insulina Mista	40 unidades de manhã e 25 à noite
Para dormir	1 à noite

E3D3

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	0+1+1
Folicil	0+1+0
Dagravit	0+1+0
Omeprazol 20mg	1 em jejum
Lasix	1 em jejum
Permixon 160mg	1+0+1
Carvedilol coronat 25mg	$\frac{1}{4}$ +0+ $\frac{1}{4}$
Pradif 0,4mg	0+1+1
Avodart	1 ao deitar
Aspirina	1 ao deitar

E4D4

Medicamento	Horário
Concor 5 mg	½ ao pequeno almoço
Folicil	1+0+0
Dagravit	0+0+1
Aspirina 100	1 ao jantar
Clopidrogel 75 mg	1 ao jantar
Amlolidina 5 mg	1 ao p.almoço e 1 ao deitar
Crestor 10 mg	0+0+1
Renagel 800	1+1+1

E5D5

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	2+0+2 depois de comer
Folicil	1 após diálise (3/semana)
Dagravit	1 após diálise (3/semana)
Omeprazol 20mg	1 à noite
Adalat CR 30	1 após PA nos dias que não faz diálise
Cartia 100mg	1+0+0
Mimpara 30	0+0+1
Xalatan	1 gota no Olho direito à noite
Sinvastatina 20mg	0+0+1

E6D6

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	0+1+1
Folicil	3/semana (3ª, 5ª, Sab) ao jantar
Dagravit	3/semana (3ª, 5ª, Sab) ao jantar
Varfine	½ 2ªF e ½ 6ªF
Zurcal 40mg	1/dia no fim do PA
Puesenid	2 à noite
Voltaren 75	1 SOS
Mucossolvan Perlonguets 75	1 à noite , se constipado 1+0+1

E7D7

Medicamento	Horário
Renagel	0+1+1 - durante
Lasix	2 antes do PA +1 antes do lanche
Dagravit	0+1+0 - durante
Zurim	0+1+0 - antes
Plavix	0+1+0 - durante
Sinvastatina	0+0+1
Rocaltrol	3 após o tratamento (2ª, 4ª, 6ª)
Insulina lenta	18 unidades de manhã
Folicil	1 após o tratamento (2ª, 4ª, 6ª)

E8D8

Medicamento	Horário
Atenolol 100	1 no fim do PA
Hyperium	1 no fim do PA
Miocardis	1 no fim do PA
Dagravit	1 ao PA no dia a seguir ao tratamento
Omeprazol 20	0+1+0 - após
Folicil	1 ao PA no dia a seguir ao tratamento
Ben-u-ron	8/8H SOS (dor na perna)
Tramal	8/8H SOS (dor na perna)
Clonix	8/8H SOS (dor na perna)
Zaldian	8/8H SOS (dor na perna)

E9D9

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	0+2+2 após
Folicil	3/semana (3ª, 5ª, Sab após tratamento)
Dagravit	3/semana (3ª, 5ª, Sab após tratamento)
Enalapril	1+0+0
Unisedil	1 ao deitar

E10D10

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	1+1+1
Folicil	1 à noite (3ª, 5ª, Sab)
Dagravit	1 de manhã (3ª, 5ª, Sab)
Zofenil 30	1+0+1
Amlolidina 10mg	1+0+1
Aprovel 300	1+0+1
Atenolol 50	1+0+1
Lepicortinolo 5mg	2 à noite
Omeprazole 20mg	1 de manhã
Alprazolam 0,5 mg	1 ou 2 (se estiver nervosa) à noite
Bactrim forte	1 de manhã ou à noite (é de 12/12h, mas só toma 1/dia)

E11D11

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	1+0+1
Folicil	1 à noite (2ª, 4ª, 6ª)
Dagravit	1 à noite (2ª, 4ª, 6ª)
Enalapril 20	1+0+1
Hyperium	1+0+0
Catapresan	1+0+1
Omeprazol	1+0+1
Rocaltrol	1+0+0
Atarax	1+0+1
Aspirina 100	0+1+0
Renagel	3+3+3

E12D12

Medicamento	Horário
Carbonato de cálcio	1+0+1
Folicil	0+0+1
Dagravit	0+0+1
Cartia	0+1+0
sinvastatina	0+1/2+0
Rivotril	0+0+1/2

Anexo VII – Diários alimentares

E1-D1

	Segunda	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão simples	1 chávena almoçadeira de cevada com pouco leite
Meio da manhã		
Almoço	1 batata cozida com bacalhau, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 laranja	Meio copo de água
Lanche	Meio pão com manteiga	
Jantar	Arroz de coelho, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 fatia de melancia	Meio copo de água
Ceia	4 bolachas Maria	1 chávena de chá de tilia
Extras		Nota: o chá alterna entre tilia, limonete e cidreira
	Terça	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	Meio pão simples	1 chávena almoçadeira de cevada com pouco leite
Meio da manhã		
Almoço	1 batata cozida, esparregado de grelos e peru assado, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 laranja	Meio copo de água
Lanche	1 iogurte	
Jantar	Arroz e filetes de pescada, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 pera	Meio copo de água
Ceia	4 bolachas Maria	1 chávena de chá
Extras		
	Quarta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão simples	1 chávena almoçadeira de cevada com pouco leite
Meio da manhã		
Almoço	Massa com camarão, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 taça de morangos	Meio copo de água
Lanche	1 pão com compota	
Jantar	Arroz de coelho, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 pera	Meio copo de água
Ceia	4 bolachas Maria	1 chávena de chá
Extras		
	Quinta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão simples	1 chávena almoçadeira de cevada com pouco leite
Meio da		

manhã		
Almoço	1 batata cozida com peixe, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 rodela de ananás natural	meio copo de água
Lanche		
Jantar	Arroz com 2 rissóis, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 fatia de melancia	Meio copo de água
Ceia	4 bolachas Maria	1 chávena de chá de tilia
Extras		
	Sexta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão simples	1 chávena almoçadeira de cevada com pouco leite
Meio da manhã	Meio pão com fiambre	
Almoço	Massa com camarão, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 taça de morangos	Meio copo de água
Lanche	1 iogurte	
Jantar	1 batata cozida com grelos e 1 faneca, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 fatia de melancia	Meio copo de água
Ceia	4 bolachas Maria	1 chávena de chá de tilia
Extras		
	Sábado	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	Meio pão simples	Meia chávena almoçadeira de cevada com pouco leite
Meio da manhã		
Almoço	1 Batata cozida com grelos e pescada, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 laranja	Meio copo de água
Lanche	Meio pão com compota	
Jantar	Arroz de coelho, 1 prato de sopa de couve Sabóia, meio pão e 1 fatia de melancia	Meio copo de água
Ceia	4 bolachas Maria	1 chávena de chá de tilia
Extras		
	Domingo	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	Meio pão simples	Meia chávena almoçadeira de cevada com pouco leite
Meio da manhã		
Almoço	2 Aperitivos de camarão, 3 aperitivos de bacalhau, arroz de coelho, 1 prato de sobremesa com leite creme, pudim e morangos	Meio copo de água
Lanche		
Jantar	Aperitivos diversos, 1 fatia de bolo e 1 fatia de pudim	Meio copo de água
Ceia	4 bolachas Maria	1 chávena de chá de tilia
Extras		

E2D2

	Segunda	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão simples	
Meio da manhã		
Almoço	1 prato de sopa branca e meio pão	Meio copo de vinho maduro branco
Lanche	1 pão misto (queijo e fiambre)	1 café e meio copo de água e seven-up
Jantar	1 prato de sopa branca e meio pão	Meio copo de vinho maduro branco
Ceia		
Extras		
	Terça	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com manteiga	1 Meia de leite
Meio da manhã	1 banana	
Almoço	Arroz de penca	Meio copo de vinho maduro branco
Lanche	1 maçã	
Jantar	Arroz de penca e 2 panados com queijo e fiambre	Meio copo de vinho maduro branco
Ceia		1 copo de água com cevada e adoçante
Extras		
	Quarta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com manteiga	1 chávena de cevada
Meio da manhã	1 pão e 1 banana	
Almoço	Massa com grelos	Meio copo de vinho maduro branco
Lanche	1 pão misto	1 café e meio copo de água e seven-up
Jantar	1 panado com queijo e fiambre no pão	Meio copo de vinho maduro branco
Ceia		
Extras		
	Quinta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço		Meio copo de água
Meio da manhã		1 pingo
Almoço	Arroz com carne	1 copo de vinho maduro branco
Lanche		Meio copo de água
Jantar	Batatas fritas com bife	1 copo de vinho maduro branco
Ceia	1 pão e 1 banana	
Extras		
	Sexta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com manteiga	1 chávena de cevada

Meio da manhã		
Almoço	1 batata cozida com feijão verde e peixe	1 copo de vinho maduro branco
Lanche	2 pães co queijo	Meio copo de cevada e meio copo de seven-up
Jantar	Roupa velha	Meio copo de vinho maduro branco
Ceia		
Extras		
	Sábado	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão simples	1 chávena de cevada
Meio da manhã		
Almoço	Sopa de arroz com vitela cozida	1 copo de vinho maduro branco
Lanche	1 maçã assada	
Jantar	Sopa de arroz com vitela cozida	1 copo de vinho maduro branco
Ceia		
Extras		
	Domingo	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com manteiga	1 Meia de leite
Meio da manhã		
Almoço	Cabrito assado com batatas e arroz	1 copo de vinho maduro branco
Lanche	1 rodela de chouriço e 1 fatia de bolo de aniversário	1 taça de champanhe
Jantar		
Ceia		
Extras		

E3D3

	Segunda	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão torrado com manteiga	1 Chávena de cevada com leite e meio copo de água
Meio da manhã		1 café
Almoço	1 prato de sopa de legumes, 1 bife grelhado com arroz, 1 maçã e meio pão	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Lanche	1 pão com manteiga	1 meia de leite de cevada
Jantar	1 pão com queijo	1 galão
Ceia	1 prato de sopa de legumes, arroz com peixe, meio pão	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Extras		
	Terça	

	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão torrado com manteiga	1 Chávena de cevada com leite e meio copo de água
Meio da manhã		1 café
Almoço	1 prato de sopa de couve branca, 1 robalo grelhado com 2 batatas a murro e 1 colher de arroz, meia taça de compota de pera e meio pão	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Lanche	1 torrada	1 meia de leite
Jantar	1 Prato de sopa, 1 posta de peixe grelhado com arroz, 1 maçã e meio pão	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Ceia		Meio copo de água
Extras		
	Quarta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão torrado com manteiga	1 Chávena de cevada com leite e meio copo de água
Meio da manhã		1 café
Almoço	1 prato de sopa, 1 bife grelhado com arroz, 2 tangerinas e meio pão	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Lanche	1 pão com manteiga	1 Chávena de leite simples
Jantar	1 Pão com queijo	1 galão de cevada e meio copo de seven-up
Ceia	Arroz com peixe e 1 fatia de queijo da serra	Meio copo de água
Extras		
	Quinta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão torrado com manteiga	1 Chávena de cevada com leite e meio copo de água
Meio da manhã		1 café
Almoço	1 prato de sopa, arroz com carne, queijo da serra e compota, meio pão	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Lanche	1 pão torrado com manteiga	Meia chávena de leite
Jantar	1 prato de sopa, arroz com peixe, uma taça de compota, meio pão	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Ceia		1 copo de água
Extras		
	Sexta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão torrado com manteiga	1 Chávena de cevada com leite e meio copo de água
Meio da manhã		1 café
Almoço	Arroz com carne, compota de pêra, meio pão	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Lanche	1 pão torrado com manteiga	Meia chávena de leite
Jantar	1 pão com queijo	1 galão de cevada e meio copo de seven-up
Ceia	Arroz com peixe, meio pão e compota de maçã	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Extras		

	Sábado	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão torrado com manteiga	1 Chávena de cevada com leite e meio copo de água
Meio da manhã		1 café
Almoço	1 prato de sopa, arroz com carne, queijo da serra e compota, meio pão	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Lanche	1 pão torrado com manteiga	Meia chávena de leite
Jantar	1 prato de sopa, arroz com peixe, uma taça de compota, meio pão	1 Copo de vinho verde tinto e 1 copo de água
Ceia		1 copo de água
Extras		
	Domingo	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão torrado com manteiga	1 Chávena de cevada com leite e meio copo de água
Meio da manhã		
Almoço	1 pato de canja, cabrito assado com batata e arroz, mousse de chocolate, papos de anjo e pudim abade de priscos	1 whisky e 3 copos de vinho tinto verde
Lanche		
Jantar	1 prato de sopa de legumes e meio pão	
Ceia		Meio copo de água
Extras		

E4D4

	Segunda	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço		meio copo de água
Meio da manhã	2 pães com fiambre	1 copo de cevada 1 copo de seven-up
Almoço	2 filetes de peixe com arroz	1 Copo de vinho verde branco
Lanche		1 chávena de cevada
Jantar	1 pão com 2 rissóis	1 Copo de vinho verde branco
Ceia		Meio copo de água
Extras		
	Terça	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	3 bolachas Maria	1 meia de leite com café e meio copo de água
Meio da manhã	1 laranja	
Almoço	Arroz de vitela	Meio copo de vinho verde branco
Lanche	1 filete de pescada e meio pão	1 mini-cerveja

Jantar	6 ervilhas de quebrar e 2 pastéis de bacalhau	Meio copo de vinho verde branco
Ceia		Meio copo de água
Extras		
	Quarta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 bolacha Maria	1 Chávena de cevada Meio copo de água
Meio da manhã	2 pães com fiambre	1 copo de cevada 1 copo de seven-up
Almoço	Massa com coelho e meio pão	1 Copo de vinho verde branco
Lanche	1 fatia de bolo	
Jantar	Rojões e tripa e meio pão	Meio copo de vinho branco verde
Ceia		Meio copo de água
Extras		
	Quinta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	3 bolachas	1 chávena de cevada e meio copo de água
Meio da manhã	3 morangos	
Almoço	Massa com frango	1 Copo de vinho verde branco
Lanche	1 pastel de nata	
Jantar	Frango com meio pão e uma fatia de meloa	Meio copo de água
Ceia		Meio copo de água
Extras		
	Sexta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 bolacha Maria	1 Chávena de cevada Meio copo de água
Meio da manhã	2 pães com fiambre	1 copo de cevada 1 copo de seven-up
Almoço	Batata cozida com bacalhau 2 nespras	1 Copo de vinho verde branco
Lanche		1 chávena de cevada com adoçante
Jantar	Chouriço (cerca de 4 cm) e 1 fatia de meloa	1 copo de vinho verde branco
Ceia		Meio copo de água
Extras		
	Sábado	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	3 bolachas Maria	Meia de leite com café e meio copo de água
Meio da manhã	Meia laranja	
Almoço	Vitela com ervilhas de greiro, meio pão e 1 fatia de marmelada	1 Copo de vinho verde branco
Lanche	1 pão com marmelada	
Jantar	Vitela com ervilhas de greiro, meio pão e 2 nespras	1 Copo de vinho verde branco
Ceia		Meio copo de água
Extras		
	Domingo	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-	2 Bolachas Maria	1 Chávena de cevada e meio copo

almoço		de água
Meio da manhã	1 Pão com marmelada	
Almoço	Batatas assadas com cabrito, salada de alface, meio pão e 1 fatia de meloa	1 Copo de vinho verde branco
Lanche	2 nespras	
Jantar	Cabrito, 1 pão e 1 fatia de meloa	1 Copo de vinho verde branco
Ceia		Meio copo de água
Extras		

E5D5

	Segunda	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com fiambre	1 chávena almoçadeira de chá de camomila
Meio da manhã	1 banana pequena	
Almoço	Carne estufada com ervilhas, batata e cenoura Meio prato de sobremesa de aletria	Meio copo de coca-cola
Lanche	1 gelatina de ananás e 1 iogurte de aroma de morango	
Jantar	Bolachas de água e sal	1 chávena de cevada e 1 copo de água
Ceia		
Extras		
	Terça	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	2 Pães com fiambre	1 chávena de cevada
Meio da manhã		
Almoço	1 Bife grelhado com 1 batata cozida e 1 cenoura	Meio copo de água
Lanche		
Jantar	2 Pães com fiambre e 1 com queijo, 8 morangos e 1 banana	1 Copo de água e 1 copo de chá
Ceia	1 tigela de caldo verde e 1 maçã cozida	1 Chávena de chá
Extras		
	Quarta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com marmelada e 1 iogurte	1chávena almoçadeira de chá de camomila e meio copo de água
Meio da manhã		
Almoço	Arroz branco com 1 faneca frita e 4 morangos	Meio copo de água
Lanche	1 Pão com fiambre	Meio copo de água

Jantar	Puré de batata com 3 moelas	Meio copo de água
Ceia	2 bolachas de água e sal	
Extras		
	Quinta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com queijo	Meio copo de água e 1 chávena almoçadeira de chá de camomila
Meio da manhã	1 pera	
Almoço	Arroz de ervilhas com 1 bife de peru grelhado e salada de tomate	Meio copo de água
Lanche		
Jantar	2 pães com queijo e 1 com fiambre, 5 morangos, 1 kiwi e meia banana	Meio copo de água e 1 copo de chá
Ceia	1 tigela de sopa de nabos e 2 maçãs assadas	Meio copo de água
Extras		
	Sexta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 Pão com fiambre e 1 com queijo	1 Chávena almoçadeira de chá de tilia e meio copo de água
Meio da manhã	1 Maçã	
Almoço	Arroz branco com peixe frito, salada de tomate e cenoura	Meio copo de água
Lanche		
Jantar	Arroz de grelos e 1 pão com marmelada	Meio copo de água
Ceia		
Extras		
	Sábado	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com manteiga e 1 com fiambre	1 Chávena almoçadeira de chá de tilia e meio copo de água
Meio da manhã	1 pera	
Almoço	Arroz de tomate e 1 bife grelhado	Meio copo de água
Lanche		
Jantar	5 morangos e 1 kiwi, 2 pães com queijo e 1 com fiambre, 10 castanhas - caju	Meio copo de água
Ceia	1 bife no pão e 1 pera	1 copo de água
Extras		
	Domingo	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com marmelada e 1 com queijo	1 Chávena almoçadeira de chá de tilia e meio copo de água
Meio da manhã		
Almoço	Arroz de frango e salada de tomate, 1 maçã assada	1 copo de água
Lanche	1 Queque da madeira	1 carioca de limão
Jantar	2 salsichas grelhadas com alface e 1 pão	1 copo de água
Ceia		
Extras		

E6D6

	Segunda	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão	1 copo de água com açúcar
Meio da manhã		
Almoço	1 prato de sopa de arroz com bacalhau, 1 pão	Meio copo de água
Lanche		
Jantar	1 prato de sopa da arroz com bacalhau	Meio copo de água
Ceia		
Extras		
	Terça	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão	1 copo de água com açúcar
Meio da manhã		
Almoço	Açorda de bacalhau	Meio copo de água
Lanche	4 Sandes de queijo	1 copo de água e 1 copo de seven-up
Jantar	1 Prato de sopade arroz com bacalhau	
Ceia		
Extras		
	Quarta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão	1 copo de água com açúcar
Meio da manhã		
Almoço	1 prato de caldo da arroz com ervilhas e bacalhau	Meio copo de água
Lanche		
Jantar	Massa com bacalhau	Meio copo de água
Ceia		
Extras		
	Quinta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão	1 copo de água com açúcar
Meio da manhã		
Almoço	Açorda de bacalhau	Meio copo de água
Lanche	3 pães com queijo	1 copo de água e 2 copos de seven-up
Jantar	1 prato de caldo de arroz com bacalhau	Meio copo de água
Ceia		
Extras		
	Sexta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão	1 copo de água com açúcar
Meio da manhã		

Almoço	Grelos cozidos e 1 panado	Meio copo de água
Lanche	1 pão com queijo	
Jantar	Massa e 4 pastéis de bacalhau	Meio copo e água
Ceia		
Extras		
	Sábado	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão	1 copo de água com açúcar
Meio da manhã		
Almoço	Açorda de bacalhau	
Lanche	3 pães com queijo	1 copo de água e 1 copo de seven-up
Jantar	1 prato de caldo de arroz com bacalhau	
Ceia		
Extras		
	Domingo	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão	1 copo de água com açúcar
Meio da manhã		
Almoço	Arroz com miúdos (coração, fígado) de coelho e ervilhas	Meio copo de água
Lanche		
Jantar	Massa com bacalhau	Meio copo de água
Ceia		
Extras		

E7D7

	Segunda	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	2 Pães com manteiga	1 Chávena de chá preto 1 Copo de água antes do pequeno-almoço e meio no fim
Meio da manhã		1 Chávena de leite com chocolate
Almoço	Bacalhau à gomes de Sá, 1 laranja e uma taça de morangos	1 Copo de vinho branco verde e meio copo de água
Lanche		1 Chávena de leite com chocolate
Jantar	1 pão com queijo	1 copo de água e 1 copo de leite simples
Ceia	1 prato de sopa de legumes, 2 tangerinas e meio pão	1 copo de água
Extras		
	Terça	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	2 Pães com manteiga	1 Chávena de chá preto 1 Copo de água antes do pequeno-

		almoço e meio no fim
Meio da manhã		1 Chávena de leite com chocolate
Almoço	Bifes de vaca estufados com batatas – 2 bifes e 4 batatas médias, meio pão, 1 laranja, 1 taça pequena de morangos	1 Copo de vinho branco verde e meio copo de água
Lanche	1 Banana	Meio copo de água
Jantar	1 Prato de sopa, meio pão, 3 tangerinas	1 Copo de água
Ceia	4 Bolachas “Maria”	1 Chávena de chá
Extras		
	Quarta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	2 Pães com manteiga	1 Chávena de chá 1 Copo de água antes do pequeno-almoço e meio no fim
Meio da manhã		1 Chávena de leite com chocolate
Almoço	Massa com frango desfiado – um prato, meio pão, 2 rodela de ananás natural	1 Copo de vinho verde branco e meio copo de água
Lanche		1 Chávena de leite com chocolate
Jantar	1 Pão com queijo	1 Copo de leite simples
Ceia	1 Prato de sopa, 2 tangerinas, 1 banana e meio pão	1 Copo de água
Extras		
	Quinta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	2 Pães com manteiga	1 Chávena de chá preto 1 Copo de água antes do pequeno-almoço e meio no fim
Meio da manhã		1 copo de leite com chocolate
Almoço	1 Bife com batatas fritas e dois ovos estrelados, meio pão e uma taça de morangos	1 Copo de vinho branco verde, meio copo de água
Lanche		1 Copo de leite com chocolate
Jantar	1 prato de sopa, 1 banana, 2 tangerinas	1 Copo de água
Ceia	4 Bolachas “Maria”	1 Chávena de chá
Extras		
	Sexta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço		
Meio da manhã		
Almoço		
Lanche		
Jantar	Cabrito assado com batata assada, 1 taça de morangos com ananás e manga e 1 fatia de bolo de aniversário	1 Copo de vinho branco verde, 1 de água e meia taça de champanhe
Ceia		
Extras		
	Sábado	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	2 Pães com manteiga	1 Chávena de chá 1 Copo de água antes do pequeno-almoço e 1 no fim

Meio da manhã		1 Copo de leite com chocolate
Almoço	Arroz de frango, meia manga meio pão	1 Copo de vinho branco verde, 1 copo de água
Lanche		1 Copo de leite com chocolate
Jantar	1 prato de sopa, 1 banana, meio pão	1 copo de água
Ceia	3 bolachas maria	1 chávena de chá
Extras		
	Domingo	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	2 Pães com manteiga	1 Chávena de chá 1 Copo de água antes do pequeno-almoço e 1 no fim
Meio da manhã		
Almoço	Vitela estufada com batatas, 1 taça de morangos e meio pão	1 Copo de vinho branco verde, 1 copo de água
Lanche	1 pão com queijo	1 cerveja
Jantar	1 omeleta de chouriço com batatas fritas, 1 taça com meia laranja e morangos, meio pão	1 copo de água
Ceia	5 Bolachas Maria	1 chávena de chá
Extras		

E8D8

	Segunda	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	Meio pão com Margarina	1 Chávena de mocambo Meio copo de água
Meio da manhã		
Almoço	1 bife de lombo de porco com arroz de grelos	
Lanche	Meio pão com Margarina	1 Chávena de mocambo 1 copo de água
Jantar	2 Pães com fiambre	1 copo de seven-up
Ceia	Meio pão com Margarina	1 Chávena de mocambo Meio copo de água
Extras		
	Terça	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	Meio pão com Margarina	1 Chávena de mocambo Meio copo de água
Meio da manhã		
Almoço	Meio prato de massa com hortalíça e carne (não comeu carne); Meia pêra	Meio copo de água e meio copo de seven-up
Lanche	Meio pão com Margarina	1 Chávena de mocambo

Jantar	2 Conchas de canja de arroz	Meio copo de seven-up
Ceia		
Extras	Meia garrafa de 0,33cl de água durante a noite	
	Quarta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	Meio pão com Margarina	1 Chávena de mocambo Um copo de água
Meio da manhã	Uma ameixa	
Almoço	Bacalhau à espanhola – 2 colheres de sopa Sem bacalhau Meia maçã	Um copo de seven-up
Lanche	1 Concha de canja de arroz	Meio copo de água
Jantar	2 Pães com fiambre	1 copo de seven-up
Ceia	Meio pão com Margarina	1 Chávena de mocambo
Extras		
	Quinta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com Margarina	1 Chávena de mocambo Um copo de água
Meio da manhã	Uma ameixa	
Almoço	1 bife de fígado, 2 c.de arroz, 2 rodela de farinhato 4 rodela de pepino e meia pera	1 copo de água
Lanche	Meio pão com Margarina	1 Chávena de mocambo Um copo de água
Jantar	1 tigela de sopa branca	1 copo de água
Ceia		
Extras		
	Sexta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	Meio pão com Margarina	1 Chávena de mocambo Meio copo de água
Meio da manhã		
Almoço	1 bife de lombo de porco, 2 c. de arroz e meia maçã	1 copo de água
Lanche	Meio pão com Margarina	1 Chávena de mocambo Meio copo de água
Jantar	2 pães com fiambre	1 copo de seven-up
Ceia		1 Chávena de mocambo Meio copo de água
Extras		
	Sábado	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com Margarina	1 Chávena de mocambo Um copo de água
Meio da manhã		1 copo de água
Almoço	1 bife de lombo de porco com arroz de hortaliça	1 copo de água
Lanche		
Jantar	2 pães com fiambre	1 copo de seven-up
Ceia	1 pão com Margarina	1 Chávena de mocambo
Extras		
	Domingo	

	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com Margarina	1 Chávena de mocambo Um copo de água
Meio da manhã		
Almoço	Papas de sarrabulho com arroz	1 copo de seven-up
Lanche		1 copo de água
Jantar	1 tigela de sopa branca	1 copo de água
Ceia		
Extras		

E9D9

	Segunda	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 Pão com manteiga	1 Meia de leite de cevada
Meio da manhã	1 Café	
Almoço	Massa esparguete com carne, 1 pera e 1 pão	Meio litro de vinho verde tinto
Lanche	1 pão com fimabre	1 cerveja
Jantar	2 pratos de sopa e 1 pão	1 copo de vinho verde tinto
Ceia		
Extras		
	Terça	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 Pão com manteiga	1 Meia de leite de cevada
Meio da manhã	1 Café	
Almoço	Arroz de marisco, 1 pão e 1 maçã	1 copo de vinho verde tinto
Lanche		
Jantar	2 pães com fiambre	1 galão e 1 copo de seven-up
Ceia	1 costeleta com batatas fritas	1 copo de sumo de maçã
Extras		
	Quarta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com queijo	1 meia de leite de cevada
Meio da manhã	1 café	
Almoço	Massa com feijão vermelho e carne, 1 pão e 1 pera	1 copo de vinho verde tinto
Lanche	1 Pão com fiambre	1 copo de sumo de maçã
Jantar	1 costeleta grelhada com batatas fritas	1 copo de vinho verde tinto
Ceia		
Extras		

	Quinta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 pão com queijo	1 meia de leite de cevada
Meio da manhã	1 café	
Almoço	Arroz de ervilhas com frango, 1 pão e 1 pera	1 copo de vinho verde tinto
Lanche		
Jantar	2 pães com fiambre	1 galão e 1 copo de seven-up
Ceia	1 tigela de canja com frango	1 copo de seven-up
Extras		
	Sexta	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 Pão com queijo	1 Meia de leite de cevada
Meio da manhã	1 Café	
Almoço	Salada de feijão-frade com atum e arroz, 1 pão e 1 maçã	1 Copo de seven-up
Lanche	2 pastéis de bacalhau e 1 pão	1 tigela de vinho verde tinto
Jantar	Salada de feijão-frade com atum e arroz, 1 pão	1 Copo de seven-up
Ceia	1 Copo de seven-up	
Extras		
	Sábado	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 Pão com queijo	1 Meia de leite de cevada
Meio da manhã	1 Café	
Almoço	1 bife grelhado com batatas fritas, 1 pera	1 copo de vinho verde tinto
Lanche		
Jantar	2 pães com fiambre	1 galão e 1 copo de seven-up
Ceia	1 panado com batata frita e arroz, 1 pão	1 copo de seven-up
Extras		
	Domingo	
	Comeu	Bebeu
Pequeno-almoço	1 Pão com manteiga	1 Meia de leite de cevada
Meio da manhã	1 Café	
Almoço	Arroz seco com rojões e salada de alface e cenoura, 1 pão e 1 pera	Meio litro de vinho verde tinto
Lanche	1 panado no pão	2 copos de vinho verde tinto e 1 café
Jantar		
Ceia		1 chávena de leite com cevada
Extras		